Rok XLIV. Kraków 30 Września 1905. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

† EDWARD Sas KORCZYŃSKI.

W dniu 23 września 1905 utraciła krakowska klinika lekarska dziewiątego z rzędu kierownika i profesora. Następowali po sobie, począwszy od założenia kliniki: Andrzej Badurski (1780—1789); Franciszek Kostecki (1791—1802); Walenty Hildebrand (1805—1806); Wojciech Jerzy Boduszyński (1811—1817); Ignacy Linhard (1817—1822); Józef Maciej Brodowicz (1823—1850); Józef Dietl (1851—1865); Karol Gilewski (1866—1871) i **Edward Korczyński** (1875—1905).

Urodził się On w Dobromilu 5 października 1844 roku, pobierał wykształcenie lekarskie w Uniwersytecie krakowskim, a uzupełniał je przez podróże naukowe do Niemiec i do Szwajcaryi. Zawód lekarski rozpoczął jako lekarz praktyczny w Dembicy (1868—1869), gdzie zapoznał się z potrzebami lekarza prowincyonalnego, co nie pozostało bez dodatniego wpływu na kierunek praktyczny Jego wykładów jako profesora klinicznego. Wkrótce zawezwany przez ówczesnego profesora kliniki lekarskiej, Gilewskiego, objął w październiku 1869 posadę asystenta klinicznego, pozostając na niej do lutego 1871, w którym to czasie został zamianowany prymaryuszem oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. A już 7 stycznia 1875 r. objął kierownictwo kliniki lekarskiej jako zwyczajny profesor. Na tem stanowisku rozwinął prof. Korczyński niezwykłą działalność wszechstronną. Cechą bowiem jego osobistości była zadziwiająca ruchliwość umysłowa, dar organizacyjny, energia i niezwykły zapał do czynu. Rzutkość ta nie opuszczała go prawie do roku 1896, kiedy objawy przedmiotowe i podmiotowe wzmagającej się wady sercowej ujawniać się poczęły.

Klinika, którą młody profesor rozporządzał liczyła tylko 24 łóżek, bez pracowni, bez dostatecznej asystencyi i usługi, a pomieszczoną była najniehigienicznej. Wysiłki profesora były przeto przedewszystkiem zwrócone do uzyskania zakładu odpowiadającego wymogom nowoczesnym, co jednakowoż szło z wielkim oporem. Dopiero w roku 1889 po przeprowadzeniu kliniki chirurgicznej do nowego gmachu, mogła klinika się rozszerzyć przez zajęcie opróżnionych ubikacyi. To dało możność, że prof. Korczyński mógł urządzić tak upragnione przez niego pracownie kliniczne i powiększyć ilość łóżek do 42. Lecz i to rozszerzenie nie poprawiło stosunków higienicznych kliniki, ani zadośćuczyniło potrzebom naukowym, ani też wymaganiom coraz większej liczby (150—200 rocznie) garnącej się młodzieży lekarskiej. Bardzo też usilne starania robił prof. Korczyński u Rządu o przyspieszenie budowy nowej kliniki lekarskiej. Tej sprawie poświęcił On ogromnie wiele pracy i czasu. Studyował liczne plany zakładów klinicznych, miewał liczne konferencye z nadradcą budownictwa p. Sarem, odbywał z nim podróże w celu poznania najlepiej urządzonych klinik. Włożywszy obopólnie w dzieło ogromny zasób pracy, przystąpiono do budowy i oddano w roku 1900 do użytku obszerny gmach kliniczny z pracowniami dla asystentów, docentów i profesorów, z salami dla 64 chorych i z osobnym pawilonem dla chorób zakaźnych. Prof. Korczyński był wielce uradowany ukończeniem upragnionego dzieła, uważając je słusznie za ukoronowanie swej działalności profesorskiej. Znękany jednak rozwijającą się chorobą, nie mógł dokonać wewnętrznego wykończenia we wszystkich szczegółach, gdyż nie zdołał wykołatać u Rządu dostatecznych funduszów.

Jako nauczyciel był prof. Korczyński niezrównany. Wielka łatwość słowa, potoczystość mowy, jasność wykładu, poprawność języka, wielka znajomość piśmiennictwa lekarskiego, wszechstronne i jasne objaśnianie poszczególnego przypadku chorobowego przykuwały słuchacza do jego ust tak, że w pierwszych latach profesury nazywali go uczniowie „złotoustym" i tłumnie spieszyli do ciasnej kliniki, aby Go mogli słyszeć. W późniejszych latach, gdy miał już pracownie, wykłady były więcej demonstracyjne przy pomocy mikroskopu, rurki odczynnikowej, hodowli bakteryi i t. d.

Dla wprawiania starszych uczniów w rozpoznawaniu chorób używał także jako materyału naukowego chorych z ambulatoryum klinicznego, które przedtem było zaniedbane. Za Jego profesury rozpoczęto je na nowo starannie prowadzić, przez co wzrosło w ostatnich latach do pokaźnej liczby 4,000 chorych rocznie.

Dla młodzieży uczącej się był prof. Korczyński ojcowskim doradcą, zawsze przystępny, ujmujący i uczynny, a często i materyalnie ją wspierający. To też uczniowie Jego już po 10 latach profesury z ogromnym zapałem urządzili Mu uroczysty obchód jego dziesięcioletniej działalności nauczycielskiej. Jakiemi uczuciami był on przepełniony dla uczniów, świadczy ustęp Jego przemowy do nich podczas obchodu: „Garnijcie się i pracujcie Panowie; będę Wam chętnie pomocnym, cały zakład stoi Wam otworem, a materyał jego do Waszego użytku; cieszyć się tylko będę, jeżeli uczeń przewyższy mistrza...“ Gdy zaś w roku 1889 zawezwany do objęcia posady protomedyka we Lwowie, nie przyjął jej, wyraziła Mu cała młodzież uniwersytecka swą radość tem, że urządziła Mu wspaniały korowód z pochodniami.

Dla młodzieży pozostał prof. Korczyński do końca życia, pomimo doznawanych niekiedy trudności, zawsze życzliwy i uczynny, a na jej potrzeby bardzo czuły. Stąd też bardzo wiele czasu i wieloletniego nakładu pracy zajęły Mu usiłowania około utworzenia dogodnego schroniska dla uczącej się młodzieży. Zawiązał w tym celu Towarzystwo budowy Domu Akademickiego, i swą zapobiegliwością zdołał zebrać na ten cel przeszło 50,000 koron. Urzeczywistnienie szlachetnego zamiaru prof. Korczyńskiego stało się jednak dopiero możliwem, gdy p. Wołodkowicz ofiarował dostateczną sumę na budowę Domu Akademickiego.

Szczególną wagę kładł prof. Korczyński na naukową stronę swej kliniki. W tym celu postarał się o zwiększenie liczby asystentów z jednego do trzech, zdolniejszych i chętniejszych z lekarzy mianował elewami kliniki, których to miejsc obecnie istnieje 4. Uczniów z ostatnich kursów wciągał także do pracy laboratoryjnej, mianując ich koasystentami (pomocnikami asystentów) Wszystkich zachęcał do pracy, doradzał, poddawał tematy. W kształceniu tego zastępu pracowników pomocną była biblioteka kliniczna, którą sam założył, jakoteż Jego własny bogaty księgozbiór starannie utrzymywany, z którego swoim pracownikom bardzo chętnie pozwalał korzystać. Wszystko też w klinice zdołał natchnąć ożywczem życiem, a Jego zakład był w latach 1875—1885 jedynym punktem, w którym skupiało się życie naukowe instytucyi lekarskich, i skąd rozeszło się na inne zakłady.

Prof. Korczyński nie tylko zachęcał i pomagał młodym pracownikom, lecz gdy dostrzegł rzetelny zapał do nauki i wytrwałość, nagradzał ich i popierał, wyrabiając rokującym naukową przyszłość docentury i profesury, w czasach, kiedy habilitacya, zwłaszcza z przedmiotów praktycznych, natrafiała na nieprzezwyciężone trudności. Starał on się pokazać, że przy zamiłowaniu do nauki i przy wytrwałości można i w Krakowie naukowo pracować.

Nad wykształceniem naukowem lekarzy klinicznych i docentów czuwał osobiście jeszcze do ostatnich czasów, gromadząc ich raz na tydzień w klinice w celu referowania rozpraw z ostatnich numerów czasopism lekarskich i dyskutowania nad niemi.

Z kliniki prof. Korczyńskiego wyszła też spora liczba prac naukowych, napisanych przez jego uczniów, z których obecnie wielu zajmuje poważne stanowiska bądź w nauce, bądź w wykonawstwie lekarskiem. Prace te, pisane także w języku niemieckim, przyczyniły się do rozgłosu kliniki krakowskiej w świecie naukowym. W czasie trzydziestoletniej profesury E. Korczyńskiego wyszło z kliniki lekarskiej około 200 publikacyj naukowych. Stanowią one zbiór dwudziestu kilku tomów, zatytułowanych: „Zbiór prac z kliniki lekarskiej krakowskiej prof. E. Korczyńskiego“.

Prof. Korczyński bądź sam, bądź wspólnie z współpracownikami brał żywy udział w pracach naukowych i ogłosił cały ich szereg (zob. niżej spis prac). Piśmiennictwo polskie i prace swoich poprzedników stawiał na pierwszem miejscu.

Jeszcze będąc studentem medycyny ogłosił pracę: „Doświadczenia nad barwikiem krwi, zwanym haeminą“. Potem jako praktyk w małej Dembicy nie rzucił pióra, lecz napisał artykuł o odmie piersiowej urazowej. Zostawszy prymaryuszem szpitala św. Łazarza, ogłosił w krótkim czasie 6 publikacyj, z kliniki zaś przeszło 40. Już w r. 1875 uważał gościec stawowy jako chorobę zakaźną. Z zamiłowaniem pracował w mikroskopii krwi i wysięków, wykazał różnicę z wejrzenia mikroskopowego między wysiękami a przesiękami i pociągnął trafnie granicę między wysiękiem surowiczym a ropnym. Jeszcze do ostatniej chwili pracował przy pomocy swoich asystentów nad rękopisem o chorobach krwi, przeznaczonym do druku w dziele zbiorowem: „Nauka o chorobach wewnętrznych“.

Wszechstronny a rzutki umysł prof. Korczyńskiego nie mógł ograniczyć swej działalności do samej tylko kliniki. Pracował on we wielu jeszcze zakresach.

Dla przyjścia w pomoc autorom polskim założył prof. Korczyński w r. 1875 towarzystwo pod nazwą: „Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich“ i pozostał jego prezesem aż do swej śmierci. Pożyteczna ta instytucya umożliwiła wydanie 22 praktycznych dzieł lekarskich, któreby dla braku nakładcy były nie wyszły. Czynność wydawnicza zabierała prof. Korczyńskiemu niemało bezsennych nocy, gdyż nie tylko czytał i poprawiał sam dzieła autorów, ale przy swej znanej dokładności był nawet korektorem drukarskim. W czasie uczczenia 25-letniej działalności prof. Korczyńskiego otrzymało towarzystwo, na wniosek najstarszego jego członka dra Augusta Kwaśnickiego, nazwę „Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich imienia Edwarda Korczyńskiego“.

Prof. Korczyński, znany już powszechnie ze swego talentu organizacyjnego, został zamianowany przez Wydział Krajowy przewodniczącym Komitetu administracyjnego szpitala św. Łazarza (1883—1888). W czasie tym zaprowadził wiele ulepszeń, a materyał szpitalny starał się wyzyskać w celach naukowych, wprowadzając w życie roczne sprawozdania lekarskie, ogłaszane przez prymaryuszów szpitala.

W Towarzystwie Lekarskiem krakowskiem obrany dwukrotnie prezesem (1875 i 1876), obudził niezwykły ruch naukowy, był założycielem komisyi sprawozdawczej do roczników Virchowa i Hirscha w celu wprowadzenia publikacyj naukowych polskich do literatury ogólno-światowej.

Od r. 1886 aż do śmierci z wysokiego poczucia obywatelskiego, z wielkim nakładem pracy, oddawał się prof. Korczyński podniesieniu krajowego przemysłu lekarskiego. Jako przewodniczący komisyi przemysłowo-lekarskiej

Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, przy swej powadze, obszernych stosunkach w kraju, zachęcał skutecznie aptekarzy i przemysłowców do pracy, aby wyrugować przetwory obce. Stąd powstało w kraju kilkadziesiąt bardzo pożytecznych wyrobów przemysłu lekarskiego. Bardzo zaś wielką zasługą prof. Korczyńskiego w tej akcyi jest jeszcze to, że między lekarzami naszymi nie rozwielmożniły się bezwartościowe specyfiki tak zagraniczne jak i krajowe, jak to się stało w innych krajach na zgubę racyonalnej terapii i zdrowego zmysłu lekarskiego, a na korzyść partactwa lekarskiego. To też bezlitośnie piętnował prof. Korczyński wydawanie przez lekarzy atestów dla specyfików.

Komuż w Polsce nieznane są prace i usiłowania prof. Korczyńskiego, zdążające do podniesienia zdrojowisk krajowych! Jako prezes komisyi balneologicznej, a następnie przewodniczący komisyi przemysłowo-lekarskiej, idąc śladem swego nauczyciela i poprzednika prof. Dietla, nie spuszczał tej gałęzi nauki lekarskiej z oka. Urządzał wystawy balneologiczne, miewał osobne wykłady w zakresie balneologii krajowej, zbierał w swej klinice okazy przetworów zdrojowisk krajowych, urządził bibliotekę balneologiczną w klinice, a dla nauki wodoleczulictwa wyznaczył w swej klinice osobne ubikacye, których urządzenie z braku funduszów jeszcze do skutku nie przyszło. Jednem słowem rozbudził w całej generacyi lekarskiej i u publiczności ufność w skuteczność zdrojowisk polskich, dawniej tak upośledzonych.

Usiłowania powyższe prof. Korczyńskiego pochodziły z miłości do własnego kraju. Zwracał On też zawsze uwagę na wytwory krajowe, dawał im pierwszeństwo przed zagranicznymi i w tym kierunku wpływał na swych uczniów i kolegów lekarzy, zaszczepiając zamiłowanie do wszystkiego, co ojczyste. Nie był On jednak jednostronnym i wykazywał sam niedostatki przemysłu krajowego, lecz dążył do ich usunięcia i wydoskonalenia wyrobów krajowych.

Nowe życie wniósł prof. Korczyński w stosunki sanitarne Krakowa, zostawszy wybranym do Rady Miasta Krakowa (1875—1881). Mianowicie przeprowadził w Radzie założenie osobnego biura statystycznego i osobnej komisyi sanitarnej, która dotąd jeszcze czuwa nad zdrowotnością miasta.

Prof. Korczyński był dwukrotnie wybierany Dziekanem Wydziału Lekarskiego, w r. 1889 Rektorem Uniwersytetu, a w r. 1897 został c. k. Radcą Dworu, którą to godność po pierwszy raz otrzymał w Krakowie członek Wydziału Lekarskiego.

Najprzyjemniejszą chwilą w życiu nazywał prof. Korczyński dzień 9 stycznia 1900 r., gdy lekarze, Jego byli uczniowie, rozrzuceni na całym obszarze ziem polskich, a których było wówczas przeszło 1100, — urządzili Mu uroczysty obchód w Auli Uniwersytetu Jagiell. ku uczczeniu dwudziestopięciolecia Jego działalności nauczycielskiej. Tu przy współudziale Senatu Akademickiego, władz i korporacyj uniwersyteckich, reprezentacyi władz rządowych i miejskich, po wzniosłem przemówieniu ówczesnego Rektora Uniwersytetu Jego Exc. prof. Tarnowskiego, nastąpiło składanie licznych gratulacyj dziękczynnych, adresów i upominków, od Towarzystw krajowych i zagranicznych (Odessy, Belgradu, Lublany, Pragi i t. d.), których był członkiem honorowym. Podnieść trzeba szczególnie trzy momenty uświetniające i utrwalające ten wspaniały obchód. Ofiarowanie Jubilatowi przez Jego współpracowników wspaniałego i obszernego dzieła, pod tytułem: „Pamiętnik Jubileuszowy, wydany na cześć Prof. Edwarda Korczyńskiego“, zawierający rys historyczny kliniki lekarskiej krakowskiej, biografię Jubilata wraz z Jego podobizną i 34 rozpraw naukowych, napisanych przez Jego byłych uczniów. Dalej wspaniały portret Jubilata, pendzla artysty malarza Krzesza, przeznaczony przez Jego byłych uczniów do kliniki lekarskiej. Wreszcie kwota, złożona przez lekarzy-uczniów Jubilata na wieczystą fundacyę im. Edwarda Korczyńskiego, której odsetki przeznaczone są dla ubogich rekonwalescentów kliniki lekarskiej. Fundusz ten stoi pod zarządem Senatu Akademickiego, a zamiarem ofiarodawców było, aby fundusz ten przez dalsze datki przyjaciół i zwolenników Jubilata w przyszłości*) się pomnażał.

Jako lekarz wykonawca był prof. Korczyński mistrzem w rozpoznawaniu chorób, łatwo dostrzegł najważniejszy objaw chorobowy, który go doprowadził do rozpoznania. Jako terapeuta umiał po mistrzowsku zastosować psychoterapię, zwłaszcza że szybko oryentował się w położeniu chorego i odgadywał łatwo jego stan psychiczny i umiał się do niego przystosować. Swą łatwą i przekonywającą wymową budził w chorym bezgraniczne zaufanie, a ciężko chory poznawszy Go raz, z upragnieniem oczekiwał następnej Jego wizyty. To też klientela prof. Korczyńskiego sięgała daleko poza granice kraju.

Dla kolegów lekarzy był prof Korczyński wielce uprzejmy, uczynny, serdeczny, spiesząc często z pomocą materyalną. Swoim uczniom, którzy nie mogli dojść do praktyki lekarskiej, odstępował niejednokrotnie część swej klienteli. W czasie choroby w rodzinie kolegi lekarza, lub kolegi uniwersyteckiego, spieszył na pierwszą wiadomość, z całem poświęceniem zajmował się chorym, a rodzinę umiał pocieszyć i smutek rozwiać. Można było niejednokrotnie zobaczyć Go, jak już w posuniętym okresie choroby, ledwie dysząc, spieszył po schodach do chorych rodzin lekarskich i to nietylko w miejscu, ale i na dalekiej prowincyi.

Prof. Korczyński posiadał wielkie poczucie etyki lekarskiej i w tym kierunku przyświecał przykładem wszystkim kolegom i uczniom swoim ją wszczepiał.

Był On z natury uczuciowym i współczującym. To też obejście Jego z chorymi klinicznymi było nacechowane niezwykłą uprzejmością, ludzkością i współczuciem dla ich cierpień i służyło uczniom, jako budujący wzór na przyszłość. Wysłuchiwał On cierpliwie ich żalów i skarg, oszczędzał ich do skrajnej możliwości w czasie demonstracyi badając i omawiając ich chorobę.

*) Kwoty przeznaczone na ten cel można przesyłać do podpisanego (Klinika lekarska, Kopernika 15), który je złoży w Kasie Senatu Akademickiego.

Charakter uczuciowy prof. Korczyńskiego uwydatniał się szczególnie w życiu rodzinnem, wobec dzieci swoich, które nad miarę kochał, dla których był niezmiernie troskliwym i wyrozumiałym ojcem. Choroba dziecka w domu wprawiała Go w ciągły niepokój. Umiał jednak zawsze nad sobą zapanować i pokryć rozdrażnienie lub rozczulenie.

Dla swej osoby był prof. Korczyński surowy. Odpoczynek, wywczas, wakacye nie były mu znane, ciągle był czynny. Od rana do południa zajmował się kliniką, popołudniu praktyką lekarską, wieczorem załatwiał liczne referaty i podania urzędowe, obszerną swą korespondencyę, nieodmawiając nikomu odpowiedzi, a następnie korygował prace swych współpracowników klinicznych lub autorów Wydawnictwa Lekarskiego. Rano już o godz. 4 lub 5-tej był zajęty lekturą lekarską albo pisaniem własnych prac.

Przy tak wytężającej pracy już w 50-tym roku życia pojawiły się objawy niedomogi serca, schorzałego po przebyciu gośca stawowego, i zakrzepy w żyłach kończyn dolnych, co zaczęło stawiać przeszkodę w Jego rozległej czynności i ruchliwem życiu. Myślał nawet w tym czasie o przejściu w stan spoczynku, lecz wpływy otoczenia i pojawienie się dłuższych przerw w dolegliwościach odwiodły Go od wykonania tego zamiaru. Poznanie jednak u siebie obecności niedomykalności zastawki dwudzielnej i częste odnawianie się zakrzepów wpłynęło ujemnie na całą Jego następną działalność. Zaczął się coraz mniej udzielać na zewnątrz i mniej intenzywnie pracować. Nie zwierzał on się jednak wobec obcych ze swoim cierpieniem, a starał się je nawet przed rodziną ukryć. Stąd dla ogółu i publiczności prof. Korczyński niedawno tryskający energią i czynem, stawał się zagadkowym i niezrozumiałym. Od lat zaś sześciu większe wysiłki, zwłaszcza w czasie nadzorowania budowy kliniki i jej urządzenia, sprawiały dolegliwości i pojawianie się obrzęków zastoinowych, a usuwanie ich i przywracanie zdolności do pracy wymagało prawie ciągłego używania środków sercowych i podniecających, pomimo to tak wszechstronny i bystry umysł rwał się do ostatnich chwil do czynu.

Cześć pamięci uczonego Męża, znakomitego Nauczyciela, zacnego Obywatela kraju i niestrudzonego Pracownika! Cześć Jego wszechstronnym niespożytym zasługom! *W. Jaworski.*

Spis prac ogłoszonych przez prof. Edwarda Korczyńskiego.

1) Doświadczenia nad barwikiem krwi zwanym haeminą. Rocznik Tow. Naukowego Krakowskiego. T. XXXV.

2) Odma piersiowa urazowa (Pneumothorax traumaticus). »Przegląd lek.« 1869.

3) Gruźlica ostra u chorego z rakiem żołądka. »Przegląd lek.« 1871.

4) Spostrzeżenia lekarskie z Oddziału chorób wewnętrznych Szpitala św. Łazarza w Krakowie w miesiącu marcu, kwietniu i maju 1871. »Przegląd lek.« 1871.

5) Najnowsze prace o pylicy płucowej (Pneumoconiosis).

6) Nowsze teorye gorączki. Służba zdrowia 1872. Sprawozdanie o ruchu chorych i chorób na Oddziale chorób wewnętrznych Szpitala św. Łazarza w r. 1872. »Przegl. lek.« 1873.

7) Kilka słów o zapaleniu stawów czerwonkowym (polyarthritis dysenterica). (»Przegląd lek.« 1874).

8) Zapalenie stawów ze stanowiska ajtyjologicznego z przeważnem uwzględnieniem tak zwanego gośćca stawowego (rheumatismus articulorum) i ropnicy (pyemia). (»Przegląd lek.« 1875, Nr. 9—13 i 15—17. — Ocena Dra Lutostańskiego B. w »Medycynie« 1876, Nr. 31, str. 496).

9) Przedmowa do Zbioru prac z kliniki lek. (»Zbiór prac z klin. lek.« Zeszyt I, 1876, str. 1—VI).

10) Wstęp do Zbioru prac z kliniki lekarskiej. Zeszyt II, str. 1. (Warszawa 1877).

11) Spostrzeżenia kazuistyczne z kliniki lekarskiej krakowskiej. (Wstęp »Przegląd lek.« 1878, Nr. 1).

12) Tętniak tętnicy płucnej skutkiem zapalenia przewlekłego osierdzia. Niedokrewność znacznego stopnia. Skrobiawica narządów wewnętrznych przy rozroście tkanki śródmiąszowej. Przyostre zapalenie miąszowe nerek. Śmierć z odmy piersiowej skutkiem rozpadu zawału zatorowego. (»Przegląd lek.« 1878, Nr. 1—4).

13) Rak pierwotny w przewodzie wątrobowym. Następowa marskość przerostowa wątroby. Kilka słów o ajtyjologii raka. (»Przegląd lek.« 1878, Nr. 11 i 12).

14) Przypadek niedrożności jelit. Użycie prądu indukcyjnego. Wyleczenie. (»Przegląd lek.« 1878, Nr. 39).

15) Trzy przypadki duru brzusznego zakończone śmiercią u kobiet z wrodzoną wąskością układu tętniczego. Znaczenie błednicy w durze brzusznym. (»Przegląd lek.« 1879, Nr. 18, 19, 21 i 22).

16) Dwa przypadki metalicznych tonów sercowych skutkiem podźwięku w jamach rozpadowych, położonych w sąsiedztwie żołądka. Znaczenie rozpoznawcze metalicznych objawów przysłuchowych zależnych od ruchów serca. (»Przegląd lek.« 1879, Nr. 32—34. — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt III).

17) Kierunek i zadania balneologii spółczesnej wogóle, w szczególności zaś balneologii krajowej i komisyi balneologicznej. (»Przegląd lek.« 1877, Nr. 13).

18) Sprawozdanie z kliniki lekarskiej krakowskiej z lat czterech t. j. od r. szk. 1874/5 do r. szk. 1878/9. — Wstęp do sprawozdania. (»Przegląd lek.« 1879, Nr. 43. — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt IV, str. 1).

19) Zwei Fälle von metallisch klingenden Herztönen und metallischem Plaetschergeräusch in an den Magen grenzenden und aus dem Zerfall von Neugebilden entstandenen Höhlen. (»Wiener medicin. Presse« 1879, Nr. 47).

20) Rozprawy i sprawozdania z posiedzeń komisyi balneologicznej Tow. lek. krak. w r. 1877, 1878 i 1879. (Wydane staraniem Prof. Korczyńskiego. Odbitki z »Przeglądu lek.« 1877—1879).

21) Demonstracya Katarzyny Serafin. (Według protokółu pos. Tow. lek. krak. z d. 24. maja 1880. »Przegląd lek.« 1880, Nr. 31 i 32. Zbiór prac z klin. lek. krak. Zeszyt VIII, str. 1).

22) Demonstracya chorych i leków. (Prot. pos. Tow. lek. z 2 VI 1880 i 10/V 1882, Nr. 43 — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt VIII, str. 10 i 48).

23) O terpentynie z Chios. (Według protokółu Tow. lek. krak. z d. 3 listopada 1890. »Przegląd lek.« 1880, Nr. 52 Zbiór prac z klin. lek. krak. Zeszyt VIII, str. 21).

24) Niedokrewność swoista postępowa. Rozległe schorzenie rdzenia pacierzowego. (Według protokółu pos. Tow. lek. krak. z d. 3 listop. 1880. »Przegl. lek.« 1880, Nr. 52. — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt VIII, str. 23).

25) Zakład kliniczny. (Zbiory i zakłady przyrodnicze i lekarskie Krakowa. Kraków 1881, str. 139).

26) Klinika lekarska. (Zbiory i zakłady przyrodnicze i lekarskie Krakowa. Upominek dla uczestników III-go zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Kraków 1881, str. 145).

27) Kilka słów o działaniu fizyologicznem i zastosowaniu leczniczem nitrogliceryny. (Pamiętnik Tow. lek. warsz. Tom LXXVII, 1881, str. 609. — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt VI, str. 97).

28) Ueber Nitroglycerin. (»Wiener med. Wochenschr.« 1882, Nr. 6).

29) Działanie lecznicze salicynu. (»Przegląd lek.« 1882, Nr. 9—13. Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt X, str. 1).

30) Zapalenie płuc pierwotne z naciekiem surowiczym. (»Medycyna« 1882, Nr. 11—13. Zbioru prac z kliniki lek. krak. Zeszyt VII, str. 1).

31) Pierwsze przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (Meningitis cerebro-spinalis epidemica) w Krakowie między rokiem 1868 a 1871. (»Gazeta lek.« 1882, Nr. 17. — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt IX, str. 1).

3) Kurcz gardziela z przyczyny wrzodu błoniczego (Strictura oesophagi spastica ex ulcere diphtheritico). Przedziurawienie gardziela. Żywienie lewatywami Leubego. Wyzdrowienie. (»Medycyna 1872, Nr. 17—19. Zbioru prac z kliniki lek. krak. Zeszyt VII. str. 14).

33) O zdrojowiskach Morszyńskich a w szczególności o wodzie gorzkiej Morszyńskiej w porównaniu z innemi wodami gorzkiemi. (»Gazeta lek.« 1882, Nr. 23—26. Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt IX, str. 11).

34) Przyczynek do etyologii i rozpoznawania wrzodów gruźliczych pierwotnych w jelitach. (»Medycyna« 1882, Nr, 26—28. — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt VII str. 23. Prot. pos. Tow. lek. krak. z 15. marca 1882. »Przegląd lek.« Nr. 35).

35) O zwyrodnieniu włóknistem (fibrosis) tkanin z przeważnem uwzględnieniem otrzewny i tkanki podotrzewnowej. (»Medycyna« 1882, Nr. 33—40, 43, 45. — Zbioru prac z kliniki lek. krak. Zeszyt VII. str. 37. Prot. pos. Tow. lek. krak. z 5 kwietnia 1882. »Przegląd lek.« 1882, Nr. 37).

36) O soli Morszyńskiej. (Według prot. pos. Tow. lek krak. d. 10 maja 1882. »Przegląd. lek.« 1882, Nr. 43).

37) Sprawozdanie naukowe ze szpitala św. Łazarza w Krakowie z polecenia Wysokiego Wydziału krajowego, wydane przez Komitet administracyjny tegoż szpitala. Tom I. Sprawozdania za r. 1883. — Osobne odbicie z »Przeglądu lek.« Kraków 1883) (Tom II. Sprawozdanie za r. 1884. — Osobne odbicie z »Przeglądu lek.« Kraków, r. 1887). Tom III. Sprawozdanie z r. 1885. — Osobne odbicie z »Medycyny«. Warszawa 1888). Wszystkie trzy tomy wydane staraniem Prof. Dra Korczyńskiego z jego sprawozdaniem administracyjnem i statystycznem na wstępie każdego tomu.

38) Korczyński Edward Prof. Dr. i Jaworski Walery Doc. Dr. — Klinische Befunde bei Ulcus und Carcinoma ventriculi, sowie bei Magenblutungen. — Mittheilungen ueber 52 intern untersuchte Fälle der med. Klinik in Krakau. (»Deutsche med. Wochenschrift« 1886, Nr. 47—49).

39) Zator tętnicy wieńcowej serca (Embolia arteriae coronariae cordis) za życia rozpoznany. (»Przegląd lek.« 1887, Nr. 1, 3—5. — Zbiór prac z kliniki lekar. krak. Zeszyt XIII. str. 35).

40) Odezwa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w sprawie zdrojowisk krajowych. (»Czas« 1889, Nr. 101).

41) Korczyński Edward Prof. Dr. i Jaworski Walery Prof. Dr. — O niektórych dotąd nie uwzględnionych szczegółach klinicznych i anatomicznych w przebiegu wrzodu okrągłego i t. z. nieżytu kwaśnego żołądka. (»Przegląd lek.« 1889, Nr. 23—26. Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszt XV. str. 13).

42) To samo po niemiecku. (»Deutsches Archiv f. klinische Medicin« Tom 47.

43) Ogólne prawidła zdrowia i choroby objaśnione przykładami z zakresu fizyologii i patologii krwi. Wykład inauguracyjny, miany w dniu 8. października 1889 r. Z Rektoratu Prof. Dra Edwarda Korczyńskiego w Uniw. Jagiell. w r. szk. 1889/90. Kraków 1890, str. 10).

44) Korczyński Prof. Dr. i Adamkiewicz Prof. Dr. — Kilka uwag tymczasowych o sposobie, w jaki zdrowi i podejrzani o gruźlicę płuc oddziaływują na środek Kocha. (»Przegląd lek.« 1891, Nr. 2. — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt XVI. str. 9).

45) To samo po niemiecku. (»Berliner klin. Wochenschrift« 1891, Nr. 4).

46) To samo po francusku. (Bulletins et mémoires de la société pratique de Paris, 1891, Nr. 3).

47) O zmianach przelotnych, jakie powstawać mogą w płucach osób niegruźliczych pod wpływem płynu Kocha. (»Przegląd lek.« 1891 Nr. 3. — Zbiór prac. z kliniki lek. krak. Zeszyt XVI str. 17).

48) To samo po niemiecku. (»Wiener klin. Wochenschrift« 1891, Nr. 5).

49) Wyniki dotychczasowych doświadczeń nad działaniem szczepianki Kocha na płuca chorych dotkniętych gruźlicą płuc. (»Przegląd lek.« 1891, Nr. 5. — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt XVI, str. 42).

50) To samo po niemiecku. (Berliner klinische Wochenschrift« 1891, Nr. 8).

51) Korczyński Edward Prof Dr. i Gluziński Wł. Ant. Prof. Dr. — Przyczynek do mięszanego zakażenia w durze brzusznym. (»Nowiny lek.« 1892, Nr. 1 i 2).

52) Znaczenie limfocytów w surowiczych wysiękach zapalnych opłucny i otrzewny. Doniesienie tymczasowe. (»Przegląd lek.« 1896, Nr. 17 i 18. — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt XVIII. strona 133).

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. dr. A. Marsa we Lwowie.

Wpływ zwisłego ułożenia Walchera na wymiar prosty wchodu miednicy u ciężarnych w świetle najnowszych sposobów mierzenia.

Podał

Docent prywatny **dr. A. Sołowij.**

W r. 1889 zrobił G. Walcher (1) na miednicach płaskich spostrzeżenie, że sprzężna przekątna *(conjugata diagonalis)* nie jest wymiarem stałym i że powiększa się nawet o 1 ctm., jeżeli ułożymy ciężarną na kraju stołu z nogami zwisłemi, w przeciwieństwie do sprzężnej przekątnej, mierzonej przy jak najsilniejszem zgięciu kończyn dolnych i przyciśnięciu kolan do brzucha. Walcher pierwszy wskazał już wtedy na praktyczną doniosłość tego spostrzeżenia i odtąd tak zwane „zwisłe ułożenie Walchera“ znalazło coraz szersze zastosowanie przy niestosunku porodowym, a tylko co do stopnia, w jakim ulega zwiększeniu wymiar prosty wchodu miednicy w zwisłem ułożeniu Walchera, różnią się do dzisiaj zapatrywania i gdy jedni z Walcherem oceniają to zwiększenie na 1 ctm. i więcej, to drudzy nie przypisują mu prawie żadnego wpływu i oceniają to zwiększenie zaledwie na parę milimetrów. I tak n. p. Küttner (2) ocenia u położnic przedłużenie sprzężnej prawdziwej *(conjugata vera)* zapomocą ułożenia Walchera na 0·9—1·4 ctm., Krönig (3) natomiast sądzi, że przedłużenie to jest tak małe, iż „pod względem praktycznym zaledwie w rachubę wchodzi“.

Natomiast co do miednic zwłok posiadamy już dawno dokładne o tem wiadomości. Pierwsze spostrzeżenia co do ruchomości połączeń kości miednicy datują się jeszcze od Luschki (4), który wykazał na miednicach zwłok położnic większą soczystość chrząstek i podatność więzadeł. Schwegel (5) i Balandin (6) wykazali również na zwłokach zmienność wymiarów miednicy. Korsch (7) stwierdził na całym szeregu (45) zwłok, że połączenia kości miednicy nie są stałe i że ciąża tak samo, jak guzy macicy i jajników, zwiększa podatność połączeń kostnych. Przedłużenie wymiarów prostych miednicy zawisło od ruchomości kości krzyżowej, podatność zaś spojenia łonowego ma wpływ szczególnie na zwiększenie wymiarów poprzecznych.

Klein (8) postawił sobie za zadanie stwierdzić słuszność zdania Walchera, że sprzężna prawdziwa nie jest stałym wymiarem i na podstawie bardzo dokładnych pomiarów, wykonanych na 47 zwłokach (30 kobiecych i 17 męskich) doszedł do przekonania, że wszystkie proste wymiary miednicy z wyjątkiem tych miednic, które uległy zesztywnieniu *(ankylosis)* w stawie krzyżowobiodrowym, są zmiennej wielkości. Klein stwierdził, że wymiar prosty wchodu miednic płaskich daje się zapomocą ułożenia Walchera jeszcze więcej przedłużyć, niż w miednicach prawidłowych, a mianowicie wynosi przedłużenie to przy pierwszych średnio 0·62 ctm., przy drugich zaś średnio tylko 0·53 ctm. Klein stwierdził także, że zmiana ułożenia wywołuje większą różnicę w miednicach kobiecych, niż w męskich, natomiast wiek nie wywiera żadnego wpływu. Mechanizm zmienności wymiaru prostego wchodu miednicy tłómaczy sobie Klein głównie rotacyą w stawie krzyżowobiodrowym, w mniejszym zaś stopniu sprężystością pierścienia miednicy.

Także badania Lebedeffa i Bartoszewicza (9) stwierdziły na miednicach 25 zwłok kobiecych zmienność wymiarów przy różnem ułożeniu ciała, a mianowicie: 1) w ułożeniu zwisłem jest sprzężna prawdziwa większa, niż w ułożeniu poziomem; 2) najmniejszą jest sprzężna prawdziwa przy bardzo silnem zgięciu kończyn dolnych we wszystkich stawach; 3) sprzężna przekątna ulega tym samym zmianom, co sprzężna prawdziwa; 4) wymiar prosty wychodu miednicy zachowuje się odwrotnie i jest najmniejszy w zwisłem ułożeniu Walchera. Do podobnych wyników doszli także Bonnaire i Bué (10).

Sprawa zmienności wymiaru prostego wchodu miednicy w różnem ułożeniu ciężarnej, czy rodzącej, nie schodziła odtąd z porządku dziennego tak w czasopismach, jak i obradach różnych towarzystw ginekologicznych. W roku 1899 postawiono ją jako temat rozpraw na międzynarodowym Zjeździe ginekologów w Amsterdamie (Ref. „Centralblatt f. Gynaekologie 1899, Nr. 35).

Referent Pinzani zdał sprawę z pomiarów, jakie wykonał u 102 położnic i ciężarnych pod koniec ciąży co do zachowania się sprzężnej przekątnej w różnem ułożeniu. Różnica między ułożeniem do operacyi kamienia (Steinschnittlage), a ułożeniem zwisłem Walchera wynosiła co do sprzężnej przekątnej średnio 7·5 mm. (najmniej 2 mm., — najwyżej 17 mm.). Takie same pomiary na 5 zwłokach stwierdziły mniejszą różnicę.

Sprawozdawca Walcher określa swoje zapatrywanie na praktyczne zastosowanie zwisłego ułożenia podczas porodu w ten sposób: „Jeżeli główka nie chce się wstawić do wchodu miednicy przez czas dłuższy, wówczas jest wskazane zwisłe ułożenie rodzącej, przyczem można także próbować wcisnąć główkę do wchodu miednicy. Zwłaszcza zapomocą obrotu udaje się w ułożeniu zwisłem przeprowadzić główkę przez wchód miednicy aż do sprzężnej prawdziwej = 7·5 ctm., granicę zaś sztucznego wczesnego porodu można zapomocą zwisłego ułożenia rozszerzyć aż do sprzężnej prawdziwej = 7 ctm.“

Sprawozdanie Lebedeffa i Bartoszewicza było powtórzeniem wyników doświadczeń, jakie ci autorowie ogłosili w „Annales de gynécologie et d'obstetrique“ (sierpień—wrzesień 1899). Najmniejszą różnicę między ułożeniem do operacyi kamienia, a ułożeniem zwisłem Walchera oceniają oni na 0·1 ctm., największą zaś na 0·7 ctm.

Sprawozdawcy Bonnaire i Bué sądzą, że przedłużenie sprzężnej prawdziwej zapomocą zwisłego ułożenia Walchera wynosi średnio tylko 3—4 mm.

W rozprawach podniósł Pestalozza, że przedłużenie sprzężnej prawdziwej zapomocą zwisłego ułożenia wynosi co najwięcej 5 mm. Ziegenspeck zaś obawia się, czy korzyść, jaką przynosi ułożenie Walchera, nie znika przez to, że z powodu zwiększenia nachylenia miednicy kierunek, w którym bole działają, zbacza jeszcze bardziej ku przodowi.

Jak widzimy zatem z tych różnych publikacyi i rozpraw doszło tylko przy pomiarach na zwłokach do zupełnego wyjaśnienia poglądów pod względem mechanizmu i stopnia przedłużenia wymiaru prostego wchodu miednicy w zwisłem ułożeniu Walchera, natomiast nie można było dotychczas przeprowadzić ścisłych spostrzeżeń i obliczeń u ciężarnych i rodzących dla braku dokładnego przyrządu do bezpośredniego oznaczania wymiaru prostego wchodu miednicy. Stąd tak wielka różnica w ocenie praktycznej doniosłości zwisłego ułożenia Walchera podczas porodu. Wyniki bowiem, osiągnięte na zwłokach, nie mogły dawać należytego wyobrażenia o zachowaniu się wymiaru prostego wchodu miednicy pod wpływem zwisłego ułożenia Walchera u ciężarnych i rodzących, gdyż tkanki, stawy i więzadła zachowują się zupełnie inaczej za życia, a inaczej po śmierci, nie mówiąc i o tem, że u ciężarnych i rodzących istnieje szczególna soczystość i podatność tkanek i że między poszczególnemi miednicami zachodzą bardzo znaczne różnice.

Nie zamierzam przytaczać licznych, w piśmiennictwie nagromadzonych, a powszechnie znanych dowodów znakomitego wpływu zwisłego ułożenia Walchera na przedłużenie sprzężnej prawdziwej wchodu miednicy podczas porodu. Dzisiaj nie ma już prawie położnika, któryby nie korzystał z tego ułożenia przy niestosunku porodowym, jakkolwiek rozmaici położnicy wartość jego rozmaicie oceniają. Natomiast pozwolę sobie podać wyniki pomiarów, uzyskanych zapomocą mojego miednicomierza. Przekonawszy się poprzednio („Centralblatt f. Gynaekologie 1905, Nr. 24) na całym szeregu miednic ciężarnych o dokładności pomiarów, dającej się osiągnąć zapomocą mojego miednicomierza, przystąpiłem do stwierdzenia nim stopnia przedłużenia wymiaru prostego wchodu miednicy w ułożeniu zwisłem Walchera u ciężarnych (w ostatnich tygodniach ciąży). Wyniki otrzymanych przezemnie pomiarów zawiera załączona tabliczka:

	I.			II.		
	c. v.	c. v. (W zwisłem ułożeniu Walchera)	c. d.	c. v.	c. v. (W zwisłem ułożeniu Walchera)	c. d.
M. G.	$9\frac{1}{2}$	$10\frac{1}{4}$	$10\frac{1}{2}$	$9\frac{1}{2}$	$10\frac{1}{4}$	$10\frac{1}{2}$
B. R.	$10\frac{1}{2}$	$11\frac{1}{2}$	$11\frac{1}{2}$	$10\frac{1}{2}$	$11\frac{1}{2}$	$11\frac{1}{2}$
G. V.	$9\frac{1}{2}$	$10\frac{1}{2}$	11	$9\frac{1}{2}$	$10\frac{1}{2}$	$11\frac{1}{2}$
K. K.	$9\frac{1}{2}$	$10\frac{1}{2}$	11	$9\frac{3}{4}$	$10\frac{3}{4}$	$11\frac{1}{2}$
F. S.	$8\frac{1}{2}$	$9\frac{1}{4}$	$9\frac{1}{2}$	$8\frac{1}{4}$	9	$9\frac{3}{4}$
M. L.	9	$9\frac{3}{4}$	10	$9\frac{1}{4}$	10	$10\frac{1}{2}$
M. F.	$11\frac{1}{4}$	$11\frac{3}{4}$	$12\frac{1}{2}$			
A. D.	$10\frac{1}{2}$	11	$11\frac{1}{2}$			
K. G.	9	10	$11\frac{1}{4}$			

z której wynika, że u 9 ciężarnych wynosiła różnica między sprzężną prawdziwą w ułożeniu do operacyi kamienia (z nogami jak najsilniej do powłok brzusznych przyciągniętemi i we wszystkich stawach zgiętemi), a w ułożeniu zwisłem Walchera, średnio 0·80 ctm. W szczególności wynosiła różnica 4 razy 1 ctm., 3 razy 0·75 ctm., 2 razy 0·50 ctm.

Jak widzimy zatem, zachodzą bardzo znaczne wahania w poszczególnych przypadkach. Chcąc więc w danym przypadku wysnuć należyty wniosek, nie możemy postępować szablonowo, lecz powinniśmy w każdym przypadku niestosunku porodowego oznaczyć osobno wymiar prosty wchodu miednicy w zwykłem ułożeniu i w zwisłem ułożeniu Walchera.

Dokładność pomiarów sprzężnej prawdziwej zapomocą mojego miednicomierza u tych samych 6 ciężarnych, powtórnie mierzonych, nie pozostawia nic do życzenia, bo różnica w obydwóch ułożeniach ciężarnych wynosiła średnio obydwa razy *0·87 ctm.* Tylko w przypadku czwartym, piątym i szóstym wynikła mała różnica (zaledwie 0·25 ctm wynosząca) między pierwszym a powtórnym pomiarem. Ponieważ jednak różnica ta odnosiła się w równym stopniu do poszczególnych wymiarów i w niczem nie zmieniała ich wzajemnego stosunku w jednem i drugiem ułożeniu ciężarnych, więc nie wywarła wpływu na średnią różnicę, a natomiast naprowadziła mnie na spostrzeżenie, że ramiona miednicomierza nieco się poddają przy silniejszym ucisku na rękojeści. Silniejsza budowa miednicomierza zapobiegnie w przyszłości tej niedokładności.

Jakkolwiek liczba przypadków, mierzonych moim miednicomierzem, nie jest jeszcze dość wielka, by uzyskane

wyniki można już nazwać ostatecznymi, to jednak wobec prawie zupełnej zgodności moich pomiarów wolno już teraz przyjąć, że średnia różnica między sprzężną prawdziwą w ułożeniu do operacyi kamienia (z kolanami jak najsilniej do powłok brzusznych przyciśniętemi), a w ułożeniu zwisłem Walchera, wynosi *0·8 do 0·9 ctm.*

Być może, że dalszy szereg pomiarów, do których z powodu zamknięcia kliniki zabrakło na razie materyału, wywoła jeszcze pewną zmianę, chodzić może tu jednak tylko o bardzo nieznaczną różnicę.

Tylko do nieco odmiennych wyników doszedł Gauss (11), który w tym samym celu używał sposobu Bylickiego („Monatschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie, Bd. 20, Ergänzungsheft) i znalazł u 14 kobiet, że różnica ta wynosi średnio 1·02 ctm. I u Gaussa była różnica w poszczególnych przypadkach rozmaita, wynosząc: 3 razy 1·5 ctm., 3 razy 1·25 ctm., 2 razy 1 ctm., 4 razy 0·5 ctm.

Powiększenie sprzężnej prawdziwej zapomocą zwisłego ułożenia Walchera jest zatem u ciężarnych w poszczególnych przypadkach bardzo rozmaite, wynosi jednak co najmniej 0·5 ctm., jak to z dokładnych pomiarów Gaussa i moich wynika.

Nie ulega także wątpliwości, że różne formy miednic muszą mieć różny, a sobie właściwy wpływ na powiększenie sprzężnej prawdziwej w zwisłem ułożeniu Walchera. Jednakże rozstrzygnąć, czy powiększenie to jeszcze większe w miednicach płaskich, jak to Klein na miednicach płaskich zwłok wykazał, będzie wdzięcznem zadaniem przyszłości. Gdyby tak w istocie było, byłaby to okoliczność wielkiego znaczenia dla rokowania podczas porodu. Stwierdzenie jej na materyale żywym stało się łatwo możliwe, odkąd mi się powiodło zbudować prosty i dokładny przyrząd w celu bezpośredniego oznaczenia wymiaru prostego wchodu miednicy.

Panu prof. dr. Marsowi składam serdeczne podziękowanie za łaskawe pozwolenie korzystania z materyału klinicznego.

Piśmiennictwo. 1) Walcher: Centr. f. Gynaek. 1889. Nr. 51. — 2) Küttner: Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd 1. H. 1. — 3) Krönig: Centr. f. Gyn. 1901. Nr. 24. — 4) Luschka, Arch. f. path. Anath., Phys. u. klin. Med. Bd. 7. — 5) Schwegel: Monats. f. Geburtsh. u. Frauenkr. Bd 13. — 6) Balaudin: Versamml. deut. Naturf. u. Ärzte in Rostock 1870. — 7) Korsch: Zeits. f. Geb. u. Gyn. Bd 6. — 8) Klein: Zeits. f. Geb. u. Gyn. Bd 21. — 9) Lebedeff i Bartoszewicz: Ann. de gynéc. et d'obst. Aout-Septembre 1899. — 10) Bonnaire i Bué: Ibidem. — 11) Gauss: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd 54. Hft 1.

III. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Pawiński i Jadwiga Korzon. **O działaniu teocyny (teofiliny) w chorobach serca i nerek.** (*Gaz. lek.* Nr. 17, 1905). W celu ustalenia wskazań do stosowania teocyny, oraz ocenienia wyników jej działania leczniczego na chorych, cierpiących na zaburzenia w sercu i nerkach, zwłaszcza powikłanych z puchliną, autorowie przeprowadzili szereg sumiennych badań klinicznych. Dawka teocyny, którą się posługiwali, wynosiła trzy razy dziennie po 0,18—0,3. W miarę potrzeby i uznania dodawali do teocyny naparstnicę, kamforę i t. d. Spostrzeżenia te przekonały autorów, że obok wpływu moczopędnego, działa teocyna skrzepiająco na serce i naczynia, o czem dotychczas klinicyści nie wspominają, albo zaznaczają wyraźnie, że teocyna nie wpływa na serce. Porównywując działanie podniecające kofeiny z takiemże działaniem teocyny na układ nerwowy, krwionośny i mięśniowy, autorowie sądzą, że jest ono zbliżone, lecz teocyna musi ustąpić pierwszeństwa kofeinie. Co się zaś tyczy stosunku teocyny do teobrominy, to pierwsza przewyższa drugą pod względem działania podniecającego na układ krwionośny i nerwowy; odnośnie zaś do wpływu moczopędnego powiedzieć można, że teobromina w pewnej mierze dorównywa teocynie, czasem teocyna ją przewyższa, działając gwałtownie, lecz za to krótko; ubocznych wpływów posiada teocyna więcej, niż teobromina. Teocyna słabo rozpuszcza się w wodzie, więc należy ją zażywać w proszkach, albo jeszcze lepiej, właśnie ze względu na rozpuszczalność, w składzie soli podwójnej *theocinum natrio-aceticum* (0,3—0,5 *p. d.* 3 razy dziennie). Dla uniknięcia podrażnienia żołądka łączą ją także z wyciągiem wilczej jagody lub z mentolem, lub polecają w czopkach, a w każdym razie nie należy stosować teocyny na czczo. Korzystnie jest łączyć teocynę z gorzykwiatem wiosennym, lub za przykładem autorów z naparstnicą. *Hekim.*

Krokiewicz. **Działanie lecznicze gryzeryny w gruźlicy płuc.** (*Gaz. lek.*, Nr. 17, 1905). Autor przeprowadził kliniczne spostrzeżenia 15 przypadków gruźlicy płuc, leczonej gryzeryną i stwierdził, że tylko w 2-ch przypadkach nastąpiło niewątpliwe polepszenie, w jednym zauważono nieznaczne polepszenie, w jednym nieznaczne pogorszenie; zresztą — w 11 przypadkach gruźlica przebiegała bardzo szybko, zajmując coraz dalsze części płuc. Niekorzystne działanie gryzeryny ujawniło się głównie w przytłumieniu łaknienia, tudzież w wystąpieniu rozpływnych potów i gorączki: czynniki te wpływały bardzo wyniszczająco na podkopanie siły chorych. Oprócz utraty łaknienia spostrzegał autor raz zaparcie stolca, to znowu biegunkę. Rzeczą łatwą do odgadnienia, że chory szybko traci na wadze. Po tak ujemnych wynikach oczywiście autor nie poleca gryzeryny do leczenia chorych na gruźlicę płuc. *Hekim.*

Geisböck. **Znaczenie mierzenia parcia krwi dla praktyki.** (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1905, T. 85, Z. 4). Autor mierzył parcie krwi zapomocą tonometru Gärtnera i przekonał się, iż w gruźlicy płuc parcie to było prawidłowe, lub wahało się poniżej prawidłowego. Powikłania nie wywierały wpływu na parcie krwi, jak n. p. gorączka, duszność lub przyśpieszenie tętna. Po wstrzyknięciu „dawnej tuberkuliny“ następowało zawsze w cięższych przypadkach obniżenie parcia krwi, prawdopodobnie na tle zatrucia, tak, iż wnosić można, że obniżenie parcia jest jeszcze czulszym odczynem na gruźlicę, niż podniesienie ciepłoty. W przebiegu lekkiego zapalenia płuc, ciśnienie krwi było prawidłowem, albo podczas duszności nieco wyższem. W ciężkich przypadkach parcie krwi było obniżone od początku, lub podczas przełomu choroby. Przy powikłaniach, powodujących duszność, jak n. p. zapalenia opłucnej, ciśnienie krwi podnosiło się powyżej granicy prawidłowej, albo obniżone, wracało do prawidłowego. Środki podniecające, jak kofeina, naparstnica, małe dawki alkoholu, nie wywierały wpływu na parcie krwi w przebiegu zapalenia płuc. W przebiegu duru, parcie krwi wynosiło 70—90 mm. Kąpiel chłodna podnosiła zawsze ciśnienie krwi, szczególniej zimne polewania przy końcu kąpieli. Taksamo działał worek z lodem, zastosowany na brzuch chorego, co można zużytkować w leczeniu duru i zapalenia płuc. W ostrem zapaleniu nerek parcie krwi podnosi się zawsze i opada z powrotem do zdrowia chorego. W przewlekłem zapaleniu nerek, szczególniej przy marskości nerek, ciśnienie krwi bywa bardzo wysokie, dochodzące do 250 mm. W przebiegu zapalenia miedniczek, oraz miedniczek i nerek razem, parcie krwi bywa prawidłowe, jak również w zapaleniu nerek, będącem powikłaniem duru, ropnicy i gruźlicy płuc. A zatem gruźlica działa silniej obniżająco ciśnienie tak, iż nie ujawnia się wpływ zapalenia nerek na podwyższenie ciśnienia krwi. W lekkich zaburzeniach krążenia praca fizyczna podwyższa parcie krwi dwu-, a nawet trzykrotnie. W spoczynku parcie krwi wraca do stanu prawidłowego. W wyższych stopniach niedomogi narządu krążenia parcie krwi podwyższa się więcej, niż w prawidłowych warunkach, nawet po bardzo nieznacznym ruchu, po zaprzestaniu którego parcie krwi spada poniżej granic prawidłowych. Przy jeszcze większej niedomodze ciśnienie krwi wcale się nie podwyższa, lecz odrazu opada przy wysiłku fizycznym. Tak zachowuje się ciśnienie krwi zarówno w przypadkach przemijającej niedomogi sercowej, jak i w trwałych zaburzeniach w krążeniu. Do nich należą czynnościowe choroby serca, w przebiegu których parcie krwi podnosi się po pracy fizycznej; po psychicznem wzruszeniu, po przyjęciu pokarmów i środków podniecających. W przebiegu chorób anatomicznych serca podwyższa się parcie krwi po wystąpieniu zaburzeń wyrównania. Ciśnienie to opada wraz z znikaniem obrzęków. W lekkich przypadkach zwyrodnienia mięśnia sercowego parcie krwi bywa w spoczynku prawidłowe. Po lekkich wysiłkach zaraz podnosi się, albo opada. Okoliczność ta jest ważną dla odróżnienia zaburzenia w krążeniu organicznego od czynnościowego. Przy miażdżycy tętnic parcie krwi bywa

zwykle podwyższone, lub całkiem prawidłowe. Podwyższenie to jest zależne od zwężenia drobnych tętnic wskutek spraw miażdżycowych, w nich toczących się. Czasem bywa też obok miażdżycy marskość nerek. Czasem jednak podwyższenie parcia tętniczego może u nerwowo chorych być przyczyną miażdżycy tętnic. Napadom duszności bolesnej towarzyszy zwykle podwyższenie parcia krwi, które występuje dopiero na szczycie napadu i nie może być uważane za jego przyczynę. Dna nie wpływa na parcie krwi. Ciśnienie krwi może wykazywać różne wartości po obu stronach, jak n. p. przy tętniakach lub miażdżycy tętnicy głównej ze zwężeniem miejsca wyjścia tętnicy podobojczykowej. Miejscowe podwyższenie parcia pewnego obszaru naczyń może sprowadzić miażdżycę tych naczyń. Przy wadach zastawkowych parcie krwi zależy nie od anatomicznej zmiany zastawek, lecz od czynności mięśnia i naczyń. Przy dobrze wyrównanej niedomykalności zastawki dwudzielnej, jak również przy zwężeniu zastawki i tętnicy głównej, znajdował autor prawidłowe wartości; przy niedomykalności aorty parcie krwi wynosiło od 105 do 130 mm. Przy niedomodze, połączonej z obrzękami, dusznością i sinicą, parcie było podwyższone; po naparstnicy, środkach moczopędnych i leżeniu w łóżku obrzęki znikały i parcie krwi obniżało się. W tych przypadkach utrudnienie krążenia obwodowego podwyższało ciśnienie krwi. W innych przypadkach zaburzeń wyrównania i obrzęków parcie krwi było prawidłowe. Kofeina nie podwyższała ciśnienia krwi; naparstnica sprowadza ciśnienie krwi zawsze do stanu prawidłowego, to znaczy raz go obniża, drugi raz podwyższa. Naparstnica jednak nietylko działa na parcie krwi, lecz także przyspiesza obieg krwi przez zmniejszenie oporu w krążeniu obwodowem. Teocyna może obniżyć parcie krwi. Nakłucie brzucha i wypuszczenie płynu również obniża podwyższone parcie krwi. Chloral sprowadza nieznaczne obniżenie parcia krwi, jod i jodotyryna — przemijające. W niektórych przypadkach podwyższonego parcia krwi z silnie napiętem tętnem znaleziono zwiększoną liczbę ciałek krwi czerwonych i hemoglobiny (polycythaemia hypertonica). Zdarzało się to szczególnie u mężczyzn powyżej lat 40, którzy stali się nerwowymi wskutek ciężkiej, pełnej odpowiedzialności pracy, jak również może się zdarzyć u kobiet w okresie przekwitania, z objawami bicia serca i uderzeniami do głowy. Również dziedziczność odgrywa tu pewną rolę, gdyż nerwowość, choroby umysłowe i choroby naczyń, udary, zdarzają się w takich rodzinach. Chorzy tacy mają budowę apoplektyczną; w opisanych przez autora przypadkach, 8 na 17 doznało udarów mózgowych. Leczniczo w takich przypadkach działają częste upusty krwi, szczególniej przeciw bolom głowy, zawrotom i bezsenności. Obraz tej choroby nie da się wcisnąć w ramy miażdżycy tętnic, chociaż miażdżyca tętnic i *polycythaemia hypertonica* mają wiele cech wspólnych; może być, że obie choroby mają czasem tło w zaburzeniach nerwowych, które działały dłuższy czas na serce i ośrodki naczynioruchowe; w innych przypadkach powstają pod wpływem pewnych zatruć i zakażeń, a nawet mogą być konstytucyonalne.

Latkowski.

Fraenkel. **Przyczynek do leczenia zwężenia odźwiernika nierakowego zapomocą gastroenterostomii.** (*D. Archiv. f. kl. Med.* t. 84, z. 1—4, 1905). Z 3 znanych metod operacyjnego leczenia (resectio pylori, pyloroplastyka i gastroenterostomia anterior i posterior) obecnie przeważna liczba chirurgów zaleca w większości przypadków *gastr. post.* Nie wdając się w opis technicznej strony samego zabiegu, ciekawe są wyniki, jakie autor uzyskał w 13 przez siebie operowanych, a następnie dłuższy czas postrzeganych przypadkach pod względem sprawności mechanicznej i chemicznej żołądka, jakoteż pod względem stanu ogólnego i podmiotowych przypadów. W obu kierunkach nastaje z reguły po operacyi znaczna poprawa; skutkiem otwarcia nowej drogi dla prawidłowego opróżniania się żołądka ustają wymioty; chorzy, którzy przed operacyą zwracali większą część przyjętych pokarmów, znoszą je teraz dobrze; z powodu niezalegania treści, łaknienie wzrasta niekiedy tak daleco, że z trudem przychodzi choremu po ustąpieniu długotrwałego cierpienia — zachować konieczną jeszcze dyetę. Ciężar ciała podnosi się niebawem o kilka i kilkanaście kg. Skutkiem niezalegania zastoinowej miazgi pokarmowej nastaje poprawa w zakresie sprawności mechanicznej, a istniejąca rozstrzeń żołądka zmniejsza się tem rychlej, im krócej trwała poprzednio. a ściany żołądka nie utraciły jeszcze w zupełności kurczliwości. Tam, gdzie przedtem istniała nadmierna kwasota od HCl lub kwasu mlecznego, zmniejsza się ona obecnie znacznie. W przypadkach, gdzie obok zwężenia odźwiernika znajdowały się jeszcze wrzody żołądka świeże, można się obecnie po zmniejszeniu nadmiernej kwasoty i ciągłego ich drażnienia przez zalegającą treść, spodziewać rychlejszego ich zabliźnienia. Badając sprawność chemiczną żołądka, można w wielu przypadkach wykazać po gastroenterostomii obecność żółci, która przez nowo wytworzone połączenie dostaje się z jelita do żołądka. Rzadko w pierwszych dniach po zabiegu zjawia się silna biegunka, prawdopodobnie skutkiem niezwykłego podrażnienia błony śluzowej jelita czczego przez bezpośrednio do ni go dostającą się, nadmiernie kwaśną treść żołądkową.

Wilczyński.

Goldschmidt. **Przyczynek do kazuistyki żołądka klepsydrowatego (Sanduhrmagen).** (*D. Arch. f. kl. Med.* t. 84, z. 1—4, 1905). U 62-letniego mężczyzny, który od kilkunastu dni zaczął się skarżyć na lekkie przypadłości żołądkowe, pojawił się nagle wśród objawów ogólnego zapadu w lewem podżebrzu duży, mocno napięty guz, robiący wrażenie znacznie powiększonej śledziony. Chory nie wymiotował stolec był całkiem prawidłowy. Rozpoznanie kazało przypuszczać krwotok wewnętrzny, bez możności jednak podania bliższego jego źródła. Sekcya wykazała żołądek klepsydrowaty istniejący jako wada wrodzona, która nie dawała żadnych objawów za życia; okrężnie przebiegające zwężenie dzieliło żołądek na część odźwiernikową i wpustową, która, zwieszając się w dół, była w zupełności wypełniona krwią; w części odźwiernikowej znajdował się duży i głęboki, bo drążący i odsłaniający trzustkę, świeży wrzód okrągły. Wpustowa część żołądka, wypełniona całkowicie krwią, była przyczyną nagłego pojawienia się za życia guza w lewem podżebrzu.

Wilczyński.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Schink. **Pęknięcie blizny po cięciu cesarskiem poprzecznem.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 32). U 28-letniej mężatki wykonano przy 1. porodzie cięcie cesarskie poprzeczne z powodu miednicy ogólnie ścieśnionej płaskiej. W rok później wymóżdżenie po wypadnięciu nie tętniącej pępowiny obok główki; z końcem 3. ciąży (w 3 lata po 1.) wystąpiły przez jeden dzień bóle słabe, potem przez 10 godzin bardzo silne, wreszcie krwawienie z pochwy, tętno 160, objawy pęknięcia macicy, położenie poprzeczne płodu. Przy operacyi stwierdzono pęknięcie całej blizny w macicy, od jednej do drugiej trąbki, a całe jajo nienszkodzone w jamie otrzewnej, obok krwi płynnej. Brzegi pęknięcia cienkie, złożone prawie tylko z doczesnej i otrzewnej. Łożysko nie rozwijało się w obrębie blizny. Po dokładnem okrwawieniu brzegów zeszyto je 3 piętrami. Zdaje się, że przy 2. porodzie blizna już się częściowo rozeszła i stała się tak cienką, że przy 3. pękła bardzo łatwo. Z piśmiennictwa przytacza S. trzy przypadki pęknięcia blizny po cięciu Fritscha. *B. Wojciechowski.*

T. Wenczel. **Dwa przypadki łożyska bliźniaczego ze wspólną owodnią.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 32). Bliźnięta rodziły się w obu przypadkach w położeniu czaszkowem, w pierwszym nieżywe, w drugim żywe, płci jednakiej. Badanie błon płodowych stwierdziło w obu przypadkach nietylko wspólną doczesną i kosmówkę, lecz także wspólną owodnię, z tą jedynie różnicą, że gdy w 1. przypadku widać listewkę wysokości 1 ctm. jako pozostałość istniejącej dawniej, a potem zniszczonej przegrody. to w 2. przypadku śladu takiej przegrody niema (pierwotnie wspólnie założona owodnia?). Przyczyną śmierci płodów było w 1. przypadku poplątanie się obu pępowin i powstanie pomiędzy niemi węzła prawdziwego.

B. Wojciechowski.

J. Ernst. **Nowa opaska połogowa.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 32). Opaska ta różni się tem od innych, że obejmuje niżej biodra i że połączona z taśmą, biegnącą pod stopy położnicy, nie może ku górze się zesunąć. Po opuszczeniu łóżka zastępują taśmę zwykłe podwiązki boczne, chwytające pończochy.

B. Wojciechowski.

P. Zacharias. **O resekcyi jajnika.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 33). Polecona przez Schrödera w roku 1885 resekcya jajnika przy nowotworach niezłośliwych dawała różne wyniki. W pewnych przypadkach nietylko utrzymywała się miesiączka, lecz nawet następowało zapłodnienie, w innych zaś zmuszał nawrót nowotworu do powtórnej operacyi. Chodzi tu o trudność określenia charakteru pewnych nowotworów jajnikowych, czy są złośliwe, czy nie. Nie wdając się zresztą w te szczegóły, podnosi tylko Z., że nawet wówczas daje się utrzymać sprawność jajnika, gdy zmiany są obustronne i tak daleko posunięte, iż gołem okiem nie można odkryć resztek zdrowego miąższu. Spostrzeżenie, że po wycięciu obu zmienionych nowotworowo jajników lub po wytrzebieniu utrzymywała się niekiedy, bez jajnika dodatkowego, miesiączka, a nawet następowała ciąża, dowodzi, że pozostawienie najdrobniejszych szczątków utkania jajnikowego wystarcza do podtrzymania tych czynności. Naprowadziło to autora na myśl, by pozostawić (w 3 przypadkach) część ściany guza jajnikowego tuż przy wnęce, w ten sposób, że po okrojeniu na przestrzeni 5 marek oddzielano ostrożnie guz na tępo, poczem pozostawał płatek tkanki, grubości około 1 mm. Po ostrożnem okłuciu lub podwiązaniu drobnych naczyń obszywano ten płatek. W przypadkach tych nie było groźniejszych objawów wypadowych, a miesiączka została utrzymaną. Czas spostrzegania jest jeszcze zbyt krótki, być zatem może, że później owe drobne resztki

jajnika zanikną zupełnie, lecz i w takim razie nie da się zaprzeczyć wpływ korzystny tego postępowania na ustrój, gdy miesiączkowanie ustępuje powoli, nie nagle. Zresztą jest nawet możliwe częściowe odrodzenie się jajnika z resztek, pozostałych po usunięciu nowotworu i po ustąpieniu szkodliwych jego wpływów. Próby na większej liczbie przypadków mogą te sprawy z czasem wyjaśnić.

B. Wojciechowski.

Wisłocki. **Ochrona krocza.** (*Czasopismo lekarskie*, 1905, Nr. 6). Nad kwestyą o hrony krocza położnicy w ostatnich latach nie zastanawiają się więcej, uważając ją za zamkniętą i zadawalniając się powszechnie dziś przyjętemi metodami. W zasadzie jednak położnicy odczuwają niedostateczność tych metod. Autor doświadczył dość często bezskuteczności stereotypowego podtrzymywania krocza i z tego powodu bądź pozostawiał tę sprawę podczas porodu naturalnemu przebiegowi, bądź czynił odpowiednie nacięcia, wbrew, jak sam wyznaje, wewnętrznemu przekonaniu, opierającemu się krwawym zabiegom przy fizyologicznym procesie. Wyniki jego przeważnie biernego zachowania się nie różniły się od następstw stosowania różnych metod dla ochrony krocza. Jeśli zadaniem podtrzymywania krocza jest „doprowadzenie całego otworu sromnego do takiego położenia, aby był równomiernie wystawiony na napór wywiązującej się główki", to tego celu, mówi autor, nie osiąga się, uciskając główkę ku górze, t. j. ku łukowi łonowemu, bo tu stoją na przeszkodzie niepodatne kości łonowe. Jedyną drogą do osiągnięcia zamierzonego celu jest usiłowanie obniżenia otworu sromnego ku dołowi, względnie ku tyłowi, t. j. ku osi pochwy i napierającej główki; w takim razie wystająca część napierającej główki znajdzie się w środku otworu sromnego, ucisk rozłoży się równomiernie na brzegi otworu i osiąga się warunek, najbardziej sprzyjający równomiernemu rozszerzeniu się jego, a co za tem idzie i zapobieżeniu pęknięcia krocza. Wreszcie autor opisuje celowe ułożenie rąk położnika, zmierzające do wyżej wskazanego celu i wywieranie niemi tu i ówdzie ucisku, a to ażeby sprowadzić otwór sromny jak najbardziej do osi wyjścia pochwy tak, by występująca główka rozciągała cały jego obwód równomiernie.

Hekim.

H. Walther. **Haematoma vulvae et vaginae.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 29). Rzadkie to powikłanie zdarza się raz na 1600, według innych na 3285 porodów. Rozróżniamy *h. infrafasciale* i *suprafasciale* w stosunku do powięzi miedniczej. W pierwszym przypadku następuje wylew krwi do wiotkiej tkanki łącznej wargi większej, rozszerzając się na międzykrocze i tkankę przyodbytniczą, w drugim, rzadszym, wylewa się krew do wiotkiej tkanki łącznej miednicy, przechodzącej wyżej w przestrzeń pozaotrzewną. Zdarzają się również postacie mięszane. W. opisuje przypadek, dotyczący 27-letniej pierwiastki, do której wezwany przez położną z powodu rzekomego położenia pośladkowego, stwierdził położenie czołowe II. Z powodu wskazania do ukończenia porodu starał się wpierw bezskutecznie stworzyć położenie twarzowe, potem założył kleszcze i naśladując mechanizm położenia twarzowego, wydobył płód omdlały bez przedarcia międzykrocza. Płód dotknięty był wolem, nie dał się docucić. W 20 minut potem wygniótł W. łożysko. W godzinę po porodzie płodu zaczęła chora skarżyć się na parcie dołem i koło odbytnicy. Badanie wykazało wypuklenie lewej ściany pochwy aż do zamknięcia jej światła. Gdy parcie się wzmagało, przestrzykiwania i okłady zimne nie wystarczały, i zaczęły się objawy ostrej niedokrwistości, zbadał W. chorą powtórnie i stwierdził, że guz sięga do linii bezimiennej. Teraz naciął ścianę pochwy przy dolnym brzegu obrzęku, wygarnął dużo skrzepów i wytamponował szczelnie jamę gazą. Objawy niedokrwistości zaczęły ustępować. Po 15 godzinach usunięto tampony. Połóg bezgorączkowy, gdyż dzięki przestrzykiwaniom pochwy perhydrolem i opłukiwaniu zewnętrznych części rodnych sublimatem 1: 2000 udało się zapobiedz zakażeniu jamy, po wylewie krwi powstałej. Rokowanie jest względne, gdyż duży wylew krwi może sprowadzić szybką śmierć. Nadto niebezpiecznem staje się sposoczenie skrzepów, jak o tem świadczy drugi, śmiercią zakończony przypadek, w którym W. wystąpił w roli doradczej, a gdzie lekarz ordynujący zachował się wyczekująco. W przypadku tym uległa napięta ściana pochwy zgorzeli. W. zgadza się na leczenie zachowawcze jedynie małych krwiaków w wardze, zresztą oświadcza się za postępowaniem chirurgicznem. Wstrzymanie się z nacięciem aż do czasu, gdy nastąpi ropienie krwiaka, uważa za błąd.

B. Wojciechowski.

M. Bonsinger. **Nowe postępowanie dla wydobycia oderwanej, w macicy pozostałej główki.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 30). B. radzi w tych przypadkach użyć sposobu, do którego zniewolony trudnościami uciekł się dwukrotnie z dobrym skutkiem, t. j. założyć kulociąg na dostępny odcinek główki, od rękojeści przeprowadzić sznurek przez poręcz łóżka i obciążyć go (do $1\frac{1}{2}$ klgr.). W jednym przypadku chodziło o główkę płodu 6-miesięcznego przy ujściu skurczonem na palec, w drugim o zbyt dużą główkę przy miednicy lekko płaskiej i ujściu zupełnie rozwartem. W 1. przypadku urodziła się główka dobrowolnie po 24 godzinach, w 2. po 14 godzinach od chwili obciążenia.

B. Wojciechowski.

G. Klein. **Badanie krwi przy cierpieniach jamy brzusznej, szczególnie przy włóknikach macicy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 31). Badanie krwi przyczynia się w wielu przypadkach zarówno do ściślejszego rozpoznania, jakoteż do uzasadnienia wskazania operacyjnego, rokowania, a po operacyi do ocenienia jej korzystnego wpływu na ustrój. Szczególnie ważnem jest badanie krwi przy włóknikach macicy. Wogóle zarządził K. badanie krwi 150 razy, z tego w 65 przypadkach włókniaków macicy, 29 torbieli jajnikowych, 16 raka macicy, 7 raka jajnika, 6 ropotoku trąbki, 18 innych cierpień ginekologicznych, 11 zapalenia wyrostka robaczkowego. Za normę przyjęto 90—100 prc. hemoglobiny, 4,000.000 ciałek czerwonych i 8000 białych. W przypadkach operowanych włókniaków macicy stwierdzono przed operacyą znaczny spadek hgb., (raz do 25 prc.), zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych i wzmożenie się białych. Jedna chora z 30 prc. hgb. nie przetrzymała zabiegu, inna z 25 prc. wyzdrowiała. Przy szukaniu wskazania operacyjnego uwzględnić należy cały ustrój, lecz badanie krwi stanowi bardzo ważny punkt oparcia. Korzystny wpływ operacyi sięgał tak daleko, że w jednym przypadku doszła ilość hgb. po kilku miesiącach do 104 prc. Przekonano się dalej, że włókniaki wywierają wpływ szkodliwy na serce i skład krwi nawet wówczas, gdy nie wywołują krwotoków, a zatem za pośrednictwem swoistych wytworów wymiany materyi. Z przypadków włókniaków nieoperowanych był w jednych skład krwi niemal prawidłowy, w innych zaś tak zły, że uwzględniając jeszcze towarzyszące powikłania, nie miano odwagi zaproponować chorym operacyi. Przy torbielach jajnikowych stwierdzono mierne, przy rakach zaś jajnika znaczniejsze pogorszenie się składu krwi. Szczegół ten może w wątpliwych przypadkach mieć pewną wartość. W przypadkach raka macicy liczba ciałek czerwonych była zawsze znacznie zmniejszona, po operacyi zaś następowała przeważnie widoczna poprawa. W jednym przypadku ropotoku trąbki znaleziono leukocytozę do 16.800 przy prawidłowej liczbie ciałek czerwonych. W tym przypadku chodziło o świeżą sprawę zapalną z żywotnymi drobnoustrojami. Przy starych ropotokach stwierdzano zwykłą ilość ciałek białych. To samo odnosi się do 3 przypadków wysięku przymacicznego. Dodatkowo przytacza K. przypadek przewlekłej »*myofibrosis uteri*« z silnymi krwotokami i 45 prc. hgb., gdzie nie tracąc czasu na inne, niepewne zabiegi ginekologiczne uratowano chorą, opierając się na badaniu krwi, przez wycięcie macicy.

B. Wojciechowski.

C. Rindfleisch. **Dwa narzędzia zastępujące asystentów.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905. Nr. 31). R. poleca przy małych zabiegach ginekologicznych wziernik pochwowy łyżkowy, który obciążony nie wypada, i dźwignię ustalającą kleszczyki, któremi operator ściągnął część pochwową. (Rysunki).

B. Wojciechowski.

NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA. Bregman. **Mięsak ciała modzelowatego.** (*Kronika lekarska*, Z. 9, 1905). Przypadek opisany przez autora, stwierdzony badaniem pośmiertnem, ze względu na umiejscowienie należy do rzadszych. Obraz kliniczny nowotworów wielkiego spoidła mózgu nie jest stały i w każdym przypadku przybiera cechy, zależne przedewszystkiem od ściślejszego umiejscowienia się zmiany chorobowej: do tych należą zwolnienie czynności umysłowych, porażenie, połowicze zwykle mniejsze w drugiej połowie ciała, a kończyna dolna więcej porażona, niż górna; zaburzenia mowy, bez afazyi, którą tylko nader rzadko spostrzegano; objawy uciskowe, są w prostym stosunku do rozmiarów wzrostu nowotworu: wreszcie drgawki, bole głowy, zawroty, ogólne zamroczenie, apatya i t. d. Usiłowania neurologów, zmierzające do zestawienia objawów, odpowiadających zajęciu przez nowotwór poszczególnych części ciała modzelowatego, wykazały tylko olbrzymie trudności, z jakiemi klinicysta musi walczyć przy rozpoznaniu topograficznem tej choroby. Autor nakreślił obraz kliniczny własnego przypadku: do najwybitniejszych i najwcześniejszych objawów, występujących kolejno, należały: bole głowy, ból i sztywność w karku, często wymioty; po dwóch tygodniach napad drgawek przy zachowaniu przytomności, początkowo tylko w kończynie lewej górnej, a ku końcowi napadu przeszły i na dolną. Napad ten był jedyny w ciągu całej choroby. W dalszym ciągu wystąpiło nagle porażenie kończyn lewych, wreszcie osłabienie wzroku. Etyologia tego przypadku ciemna: chory jest żonaty, ma 7 dzieci żyjących; sam budowy silnej i dobrze odżywiony; przytomność jego zamroczona, skarży się na ból głowy; źrenice średniej szerokości, oddziaływają na światło: siła wzroku osłabiona: tarcza zastoinowa po obu stronach. Dolna gałąź nerwu twarzowego słabiej unerwiona po stronie lewej. Chory chodzić sam nie może; podtrzymywany, powłóczy lewą nogą; ruchy

w nodze prawej żywsze, niż w lewej, ale ogólnie niedowładne. Odruchy kolanowe słabe, w ściągnie Achilesa b. żywe. Niedowład mierny w lewej kończynie górnej z bezładem ruchów. Sekcya wykazała mięsak dużych rozmiarów, zajmujący przednią i średnią część wielkiego spoidła, oraz sąsiednie części obu półkul mózgowych. Autor zestawił w końcu rozprawy wszystkie objawy, spostrzegane u swego pacyenta i zaznacza, że większość ich zgadza się z obrazem klinicznym nowotworów wielkiego spoidła, które wymienił na początku niniejszej obserwacyi, a wyjątek stanowią objawy uciskowe, które wywoływał szybki rozrost nowotworu. *Hekim.*

H. Curschmann. **O przerostach mięśni pochodzenia kurczowego w przebiegu rozsianego zapalenia nerwów na tle zatrucia.** (*Münch. med. Wochenschr.*, Nr. 34, 1905). Przerostów mięśniowych w następstwie kurczów w chorobach nerwów obwodowych dotąd nie opisywano. Autor podaje dokładny opis dwóch przypadków: 1) Nałogowy pijak, dziedzicznie nie obciążony, cierpi od 2 lat na bóle w zakresie n. kulszowego prawego i doznaje uczucia zimna i parestezyi na goleni prawej; od roku porażenie prawej kończyny dolnej i lewostronny niedowład w zakresie n. strzałkowego; u chorego jest typowy obraz zapalenia nerwów na tle zatrucia wyskokiem. Równocześnie z początkiem choroby zaczęły pojawiać się kurcze w zakresie kończyny prawej dolnej (w łydce prawej), które trwały zwykle około pół godziny, a pojawiały się 4—5 razy dziennie. Od $^3/_4$ roku zauważył chory zgrubienie mięśni łydki prawej. Obok niedowładu w zakresie n. strzałkowych z prawostronnym zanikiem i odczynem zwyrodnienia, stwierdza się u chorego b. znaczny przerost prawej łydki z prawidłową siłą mięśniową, z prawidłowem oddziaływaniem na prąd przerywany i nieco wzmożonem oddziaływaniem na prąd stały. Mięsień ten leży jednak w zakresie chorobliwie zmienionych nerwów, za czem przemawia bolesność n. piszczelowego pr., brak odruchu ścięgna Achillesa i kurcze łydkowe. 2) Drugi przypadek dotyczy chorej, obciążonej dziedzicznie chorobami nerwowemi, która 14 razy rodziła, przebywała kamicę żółciową i wycięcie pęcherzyka żółciowego, a zajętą była stale w fabryce cygar; u tej chorej rozwinęło się w przeciągu 4 lat zapalenie nerwów z zajęciem wszystkich 4 kończyn i niedowidzeniem na tle zatrucia nikotyną. Od początku choroby kurcze w mięśniach prostujących obie nogi, a szczególnie w zakresie m. piszczelowych przednich. W następstwie tych kurczów powstał przerost obu m. piszczelowych przednich (*tibial. ant.*) i strzałkowego długiego (*m. peroneus longus*) z niedowładem tych mięśni. Że mięśnie te leżą w zakresie nerwów chorobowo zmienionych, za tem przemawiają zmiany w czuciu w zakresie nerwu strzałkowego (*n. peroneus*), n. skórnego łydki (*cutaneus surae lateralis*) i bolesność n. piszczelowych, strzałkowych i kulszowych. Badanie prądem galwanicznym stwierdza wzmożenie pobudliwości przerosłych mięśni. Autor wyłącza na podstawie objawów w tych przypadkach tężyczkę, histeryę, myotonię, nerwicę kurczową Wernickego, a dodaje, iż tylko przypadek Bresslera, w którym w toku rwy kulszowej powstały kurcze i przerost mięśni, jest do opisanego przez C. podobny. Z zachowania się mięśni względem prądu elektrycznego zasługuje na uwagę wzmożone oddziaływanie na prąd galwaniczny mięśni przerosłych w przypadku drugim. *Latkowski.*

H. Verger i H. G. de Cardenac. **Nerwoból twarzy i guz zwoju Gassera.** (*Revue neurologique.* Nr. 14, 1905). Autorowie podają przypadek rwy nerwu trójdzielnego, w którym sekcya wykazała, że przyczyną cierpienia tego był rak zwoju Gassera. Zestawiwszy ten przypadek z innymi analogicznymi, zaczerpniętymi z piśmiennictwa, przychodzą oni do wniosku, iż rwa, spowodowana przez ucisk nowotworu na zwój półksiężycowaty, albo wprost przez nowotwór jego samego, przedstawia pewne cechy kliniczne, różniące go od rwy pochodzenia bardziej obwodowego. A mianowicie: 1) Bóle są w tych przypadkach bardziej stałe, a nie napadowe. 2) Wzmagają się one przez podrażnienie zakończeń obwodowych nerwu trójdzielnego, n. p. przez dotykanie policzków, żucie, przełykanie i t. p. 3) Zajmują zawsze wszystkie trzy gałęzie nerwu trójdzielnego. 4) Łączą się z wyraźną zmianą czucia w zajętej połowie twarzy i to najczęściej w formie przytępienia czucia, rzadziej jako uczucie ziębnięcia. 5) Częstokroć towarzyszy im porażenie żwaczy. 6) Leczenie nie przynosi nawet objawowej wybitniejszej ulgi. *Dr. A. Rydel.*

E. Müller. **O mniej znanych postaciach przebiegu stwardnienia ogniskowego.** (*Neurol. Centrbl.*, Nr. 13, 1905). Charcot i jego uczniowie wypracowali klasyczny typ stwardnienia ogniskowego i wydzielili je jako samoistne cierpienie. Późniejsze badania rozszerzyły dzięki coraz obfitszej kazuistyce i coraz subtelniejszym sposobom rozpoznawania głównie w trzech kierunkach znajomość tej choroby. Pokazało się mianowicie, 1) że choroba ta jest znacznie częstszą, niż pierwotnie sądzono tak, iż pod względem częstości ustępuje pierwszeństwa z pośród chorób rdzenia tylko cierpieniom kiłowym i parasyfilitycznym; 2) że tak zwane „formes frustes“, t. j. postacie niezupełne tej choroby, są bez porównania częstsze, niż typowe jej obrazy, albowiem trzy jej klasyczne objawy, t. j. drżenie gałek ocznych (nystagmus), skandująca mowa i drżenie zamiarowe, nietylko równocześnie, ale nawet każdy z osobna rzadko występują; trzeba więc umieć nawet i wtedy rozpoznać tę chorobę, gdy żadnego z powyższych objawów niema, a to na podstawie innych objawów, które same przez się są wprawdzie mniej charakterystyczne, pozwalają jednak przez swój rozwój i ugrupowanie na rozpoznanie zupełnie pewne; 3) że wreszcie najpewniejszym i najczęstszym objawem tej choroby jest zmiana tarczy nerwu wzrokowego, występująca zazwyczaj w postaci zanikowego zblednięcia części skroniowej. Ta zmiana nerwu wzrokowego nie wywołuje częstokroć upośledzenia wzroku, ani niedaje się wykazać zapomocą perymetru. Tłómaczy się to tem, iż w przebiegu stwardnienia ogniskowego rozpada się w pierwszym rzędzie osłonka myelinowa, na jej miejsce rozkrzewia się glej (neuroglia), włókienka jednak, z których składa się włókno osiowe nerwu, długi czas pozostają niezmienione i czynności swe mogą względnie prawidłowo spełniać. To anatomiczne zachowanie się tkanki nerwowej wykazał między innymi M. Bielchowsky. (*Neurol. Centrbl.* 1904. *Przyp. ref.*).

Obok tych zmian nerwu wzrokowego wielką wartość rozpoznawczą należy przypisać zachowaniu się odruchów brzusznych: zanikają one bowiem obustronnie w wielkiej części przypadków stwardnienia ogniskowego już w okresach bardzo wczesnych. Zdanie Oppenheima, iż odruchów brzusznych brakuje często u ludzi zupełnie zdrowych, uważa autor za niesłuszne, o ile się wykluczy osobniki z obwiśniętemi powłokami, z b. silnie rozwiniętą podściółką tłuszczową lub w b. podeszłym wieku. Autor na podstawie rozległych badań przyjmuje, iż na 1000 ludzi zdrowych i młodych zaledwie u jednego brakuje odruchów brzusznych. Jeśli się zatem zważy, iż początki stwardnienia ogniskowego występują prawie zawsze u ludzi młodych, to brak obustronny tych odruchów nabiera ogromnego znaczenia. Co do różnych postaci przebiegu tej choroby, autor podnosi trzy ich rodzaje, które wprawdzie różnią się od przebiegu klasycznego, jednak trafiają się częściej, niż on sądzi, zwłaszcza w początkach cierpienia. Jedną z nich stanowią te przypadki, w których choroba rozpoczyna się zaburzeniem wzroku, które może nawet objawić się jako zupełne zaniewidzenie. To jednak jest charakterystycznem dla tego objawu w przebiegu stwardnienia ogniskowego, że zaburzenie to równie nagle występuje, jak i znika. Jeśli się tylko w takim przypadku znajdzie inne, chociażby mniej klasyczne, objawy stwardnienia ogniskowego, to uwzględniwszy zwłaszcza dotychczasowy rodzaj przebiegu cierpienia, można z całą pewnością stwardnienie rozpoznać. Za objawy takie należy uważać chociażby lekkie drżenie rąk, brak odruchów brzusznych, wzmożenie, zwłaszcza nierównomierne odruchów ścięgnistych, objaw Babińskiego i t. p. Objawy te pozwolą wykluczyć inne tło takiej przemijającej ślepoty, n. p. histeryę. Drugą atypową postacią przebiegu stwardnienia ogniskowego są te przypadki, w których jedynym objawem, na który się chory użala, jest nadmiernie łatwo występujące znużenie i to jednej tylko kończyny, najczęściej dolnej. Znużenie takie, uniemożliwiające na czas krótki zupełnie używanie danej kończyny, po wypoczynku mija, aby po najlżejszem zmęczeniu znowu wystąpić. Przelotność tego objawu, jego ograniczenie do jednej tylko kończyny, przy braku ogólnego uczucia zmęczenia, jest tak charakterystyczne, iż należy w tych przypadkach w pierwszym rzędzie myśleć o stwardnieniu ogniskowem. Najrzadszą wreszcie postacią przebiegu tej choroby jest rozpoczęcie się cierpienia nerwobólami. Aczkolwiek dzisiaj już wiemy, iż w przebiegu stwardnienia zmiany w czuciu istnieją, aczkolwiek są zazwyczaj nieznaczne, to przecież nerwobóle, wysuwające się z pośród innych objawów na pierwszy plan, są czemś zupełnie rzadkiem. Nowsze doświadczenie jednak poucza, iż nawet rwa n. trójdzielnego i to o bardzo wielkiem natężeniu bólu, może wystąpić jako objaw stwardnienia ogniskowego (Oppenheim). Nerwoból jednak jako początkowy objaw jest tak niezwykłą rzeczą, iż trzeba koniecznie całego szeregu typowych innych znamion, aby módz chorobę właściwie rozpoznać. Wobec zmienności i przelotności objawów, nawet ciężkich, w przebiegu tej choroby, zmienności, która jest właśnie dla niej charakterystyczną, niepomiernej wagi są dla rozpoznania dobre wywiady. W początkowych zwłaszcza okresach stwardnienia ogniskowego rozpoznanie częstokroć bardziej na nich, niż na wynikach przedmiotowego badania opierać się musi. *Dr. A. R.*

PEDYATRYA. Eichmeyer. **O wrzodliwo-błoniastem zapaleniu gardła Plauta i o wrzodliwem zapaleniu jamy ustnej.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* T. 62, lipiec. 1905). Autor spostrzegał 24 przypadków zapalenia gardła Plauta (*angina Vincenti*). W 20 przypadkach znaleziono mikroskopowo prawie czystą hodowlę

prątka wrzecionowatego (*bac. fusiformis*) i krętka, w czterech jedynie tylko prątka wrzecionowatego. Klinicznie i anatomicznie chodzi o sprawę martwiczą, albo powierzchowną, dotyczącą głównie nabłonka, albo głębiej sięgającą. Nie stoi to w żadnym związku z obecnością, lub nieobecnością krętka w nalotach, jak to mylnie twierdził Vincent. Przynależność wrzodliwego zapalenia gardła do podobnych spraw w jamie ustnej (dziegna, *stomatitis ulcerosa, stomacace*) ze względu na tożsamość obrazu klinicznego, zmian anatomicznych i obrazu bakteryologicznego nie ulega wątpliwości. Zapalenie gardła powstaje najczęściej pierwotnie, niekiedy łączy się z zapaleniem jamy ustnej lub powstaje przez rozszerzenie się zapalenia jamy ustnej na gardło. Krętki uważa autor za niewinne saprofity, o znaczeniu prątków wrzecionowatych wyraża się powściągliwie, bo znajdowano je także w różnych sprawach ropnych i zgorzelinowych. Czystych hodowli nie udało mu się uzyskać, choć spostrzegał wzrost w bulionie w towarzystwie ziarenkowców. *Lewkowicz.*

Brüning. **Badania lipskiego mleka targowego ze szczególnem uwzględnieniem znajdowanych w niem paciorkowców.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* T. 62, lipiec, 1905). Autor znalazł paciorkowce w 93 prc. badanych próbek. Ich ilość wahała się między 1 setką, a 1 milionem na ctm.³. W hodowlach zachowywały się te paciorkowce rozmaicie i były dla zwierząt nie chorobotwórcze, lub mało chorobotwórcze. Autor przypisuje im mimoto wielkie znaczenie w powstawaniu biegunek letnich osesków nawet wtedy, jeżeli mleko zostaje przegotowane. *Lewkowicz.*

Zoppert. **O nocnych ruchach głową u dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.* T. 62, lipiec, 1905). Siedem spostrzeżeń. Zboczenie pojawia się najczęściej około 3-go roku życia. Ruchy powtarzają się co noc i stają się u starszych dzieci trwałą właściwością. Dzieci o nich nic nie wiedzą, nie czują znużenia po przebudzeniu się, a zboczenie nie sprowadza żadnej szkody dla dotkniętego. Ruchy są zupełnie regularne, „jak wahadła zegara“, i polegają najczęściej na gwałtownem rytmicznem wahaniu głowy po poduszce. U jednego z dzieci spostrzegano jednak w położeniu na bok podnoszenie głowy i opuszczanie na poduszkę. Czasem towarzyszą cierpieniu współruchy. Raz spostrzegano ruchy ramienia, jak przy uderzaniu, innym razem wydawanie brzmiących szmerów. Pewne ułożenia ciała zdają się te wahania ułatwiać. Snu ruchy te nie zaburzają, owszem zdają się zjawiać w najprzyjemniejszym śnie. W niektórych przypadkach spostrzegano u dzieci jakiś czas napady lęku nocnego, w pewnych razach stwierdzono silne obciążenie dziedziczne. Autor zalicza te ruchy do t. zw. stereotypii, ruchów automatycznych z przyzwyczajenia. Sądzi, że ruchy pierwotnie były wykonywane podczas zasypiania, a następnie wykonywanie ich przedłużało się w okres snu. Popiera to zapatrywanie głównie ostatni przypadek, w którym wahania odbywały się nietylko podczas snu, lecz podczas zasypiania i podczas czuwania, przyczem zboczenie ustąpiło pozornie jedynie po zakazie. Podstawą zdają się być zatem istotnie czynniki woli. W reszcie przypadków nie można było stwierdzić ruchów przy zasypianiu. *Lewkowicz.*

Bruck. **Przypadek wrodzonego mięsaka wątroby i nadnercza z przerzutami.** (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* T. 62, 1905). Dziecko 14 miesięczne. Objawy od 3 tygodni. Mimoto autor oświadcza się za początkiem wrodzonym. Zestawienie podobnych przypadków z piśmiennictwa. Mięsaki te odznaczają się wielką złośliwością. Przebiegają z nieznacznymi klinicznymi objawami bez nagromadzenia płynu w otrzewnej, bez żółtaczki, bez powiększenia śledziony, z objawami podmiotowymi, mało wybitnymi. *Lewkowicz.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Quincke i Noorden zbadali liczne surogaty żelaza w celu ścisłego określenia wartości mineralnej, a tem samem i oznaczenia ich dawki. Z badań tych wynika, że chcąc wprowadzić do ustroju 0·1 żelaza, należy podać karniferyny 0·33, feratyny 1·54, hemoglobiny 23·0, hemogalolu 35·9, hemolu 38·1, hematogenu 142·0, sangwinalu Krewel 250·0, hemalbuminy 277·0. Podawanie zatem przytoczonych przetworów w zwykłych dawkach jest szkodliwą igraszką. *Dr. S.*

Porównując działanie **bromokolu i bromipiny** zapomocą doświadczeń na zwierzętach, stwierdził H. Meier (*Allg. med. Ctrl. Ztg.* 1905, 25), że bromokol działa szybciej, ale krótko, bromipina znacznie powolniej, ale działanie jej trwa też dłużej; bromokol przeto będzie wskazanym w tych przypadkach, w których zależy na tem, by zadziałać rychło, bromipina zaś wtedy, gdy brom ma być dłużej w ustroju zatrzymanym. *Af.*

Lecytyną i bromolecytyną zajmował się Lewin (*Mediz. Klinik* 1905, 34). Lecytyna ulega w ustroju według zdania wszystkich badaczy, wbrew zdaniu jedynie Stassano i Billona, rozszczepieniu pod wpływem zaczynu, wydzielanego prawdopodobnie przez trzustkę. Kliniczną wartość bromolecytyny starał się L. wypróbować w 5 przypadkach błednicy i 2 niedokrwistości następowej, oznaczając w nich przyrost hemoglobiny i liczby ciałek czerwonych pod wpływem tego leku, i doszedł do wniosku, że bromolecytyna jest wskazaną obok leków żelazistych w każdym przypadku błednicy i niedokrwistości. *L.*

Lygosinchininę (*chininum lygosinatum*) zaleca Fürth (*Pharm. und ther. Rundschau* 1905, 12) do leczenia zanieczyszczonych ran i wrzodów. Środek ten, którym można z korzyścią zastąpić jodoform, jest związkiem 70·9 prc. chininy z diortooksydibensalacetonem i ma postać lekkiego, bezwonnego, jasno-czerwonego, bezpostaciowego, nieco tłustawego proszku. Plamy na bieliźnie znikają łatwo przy gotowaniu. F. stosował środek ten wogóle w 157 przypadkach. Z tych w 47 przypadkach zakażonych, cuchnących ran, powstałych przed 8—20 dn., znikało cuchnienie już po 3—6 dniach, a rany oczyszczały się po tygodniu stosowania lygosin chininy. Gojenie się ropowic, zarówno operowanych, jak i nieoperowanych, samoistnie przebijających skórę, przyspiesza ten środek znacznie, jak F. stwierdził w 24 spostrzeżeniach. Równie znakomicie działał lek ten w 10 przypadkach wrzodów żylakowych goleni, w 8 wrzodach rogówki i t. p. Jako środek, tamujący krwawienie, stosował F. lygosinchininę 2 razy w krwotokach z nosa i po 29 wyjęciach zębów z wynikiem dobrym; większych krwawień miąższowych tamować tym środkiem F. nie próbował. Leku tego używa się jako zasypki; w wodzie rozpuszcza się on bardzo trudno. *Zm.*

Tannobromina jest związkiem formaldehydu z dwubromotaniną, mającym postać brunatno-czerwonego proszku, trudno w wodzie, łatwo zaś w wyskoku i płynach zasadowych rozpuszczalnego. Lek ten zawiera około 30 prc. Br w połączeniu organicznem. Używa się do uśmierzenia swędzenia, przedewszystkiem jednak zalecany bywa przeciw przedwczesnemu łysieniu. Wobec łupieżu zaleca się równocześnie ze zmywaniem głowy łagodnem mydłem (3 razy na tydzień, potem rzadziej), wcierać w głowę codziennie maść: Rp. *Tannobromin. subt. pulver. 1,0, Bals. Peruv. 2,0, Lanolin 1,5, Vaselin. flav. ad 30,0.* MDS. Maść. W cięższych przypadkach dodaje się jeszcze 0,5 kwasu salicylowego do tej maści. Wobec łojotoku zaś zmywa się głowę codzień (potem rzadziej) mydłem siarczanem lub wyskokiem mydlanym Hebry, wcierając codzień: *Rp. Tannobromin. 5·0* (potem 2·5), *Spir. melissae compos.* ad 100·0. *Af.*

V. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Kilka słów z powodu sprawozdania Dra Stahra o „patentowaniu sposobów leczenia“. (Ob. *Przegląd lekarski*, Nr. 29, str. 468). Z powodu nader aktualnych uwag Dra Stahra o pracy Dra Freunda, odnoszącej się do patentowanego sposobu leczenia zapomocą kąpieli czterokomorowych Dra Schnee, należy zwrócić uwagę, iż precedens monopolizowania metod elektroleczniczych, o którym autor wspomina, nie jest niestety już dzisiaj jedynym. Istnieją nawet firmy elektrotechniczne, zarzucające rynki zbytu przyrządami, których wolno używać dopiero po nabyciu prawa patentowanego, a wynikłemi stąd nadużyciami opiekowały się w Niemczech niejednokrotnie władze sądowe. Celem zapobieżenia nadużyciom, szkodzącym powadze postępowej elektroterapii, powzięto nawet, w myśl wniosków niżej podpisanego, pewne uchwały na ostatnim międzynarodowym Zjeździe w Bernie, które mają być bliżej omówione na przyszłym Zjeździe w Amsterdamie, a których treść podałem w artykule p. t.: „Elektrotherapie und Wirthschaft“ (Zeitschrift für Elektrotherapie, 1904). Słusznie też zauważa Dr. Stahr, że metoda kąpieli czterokomorowych nie jest właściwie czemś nowem i nie powinna być osłonięta tajemnicą „patentowanej metody“ leczenia. Całą sprawą patentów i monopolów zajmują się aż do przyszłego kongresu Laquerrière we Francyi, Kurella w Niemczech i Lunenborger we Włoszech. *Dr. Zanietowski.*

Hasło: „wolny wybór lekarzy w Kasach chorych“ rozlega się w życiu lekarzy niemieckich od lat kilku; pod hasłem tem wiedli lekarze niemieccy przed rokiem bój z największą Kasą chorych państwa niemieckiego, Kasą chorych miasta Lipska, która ma około 400.000 członków, licząc i ubezpieczoną rodzinę człon-

ków Kasy i zatrudnia przeszło 250 lekarzy. Lekarze sprawę wygrali i w Kasie lipskiej wolny wybór lekarzy wprowadzono. Przed lekarzami lipskimi już i w innych Kasach chorych państwa niemieckiego dopominali się lekarze o wolny wybór, a po zwycięstwie lipskiem prawie we wszystkich Kasach ozwało się żądanie wolnego wyboru lekarzy. W Niemczech zatem dzisiaj istnieje już system wolnego wyboru po Kasach chorych. Hasło to z Niemiec dostało się i do Austryi. Coraz częściej odzywają się po austryackich pismach zawodowych głosy, dopominające się wprowadzenia do Kas chorych Austryi wolnego wyboru. Ostatnimi czasy proponował nawet Dr. Stricker w Wiedniu ogólny strejk lekarzy kasowych dla przeprowadzenia tego systemu. Dotąd istnieją w Austryi albo stali lekarze kasowi z płacą stałą bez względu na ilość członków kasy, albo też lekarz dostaje t. zw. ryczałt, obliczony od głowy i na rok wedle przeciętnej ilości członków kasy.

Nie da się zaprzeczyć, że ideałem jest urządzić i dla członków Kas chorych między lekarzem a chorym stosunek jaknajpodobniejszy do stosunku, jaki zachodzi między lekarzem a chorym nie kasowym, — a więc z jednej strony członek kasy chorych powinien mieć niczem nie ograniczony, wolny wybór lekarza, do którego ma największe zaufanie, a z drugiej strony lekarz powinien mieć wobec chorego kasowego tak samo, jak wobec nie kasowego, najzupełniejszą swobodę co do leczenia, t. zn. możność odmawiania dalszego leczenia chorego. Lekarze w takim razie powinni dostawać zapłatę za każdą wizytę wedle umówionej taksy.

System wolnego wyboru jest jednak też jeszcze dalekim od tego ideału. I tak kasa jakaś, wprowadzając u siebie system wolnego wyboru, oznacza taksę za pojedyncze wizyty w domu lekarza, w domu chorego, za wizyty nocne i dzienne, za różne zabiegi i t. d. Taksę tę przedkłada kasa wszystkim miejscowym lekarzom i sporządza spis lekarzy, którzy zgodzili się leczyć członków kasy za honoraryum, oznaczonem tą taksą. Że taksa taka zapewnia bardzo małą zapłatę, jest faktem; że nie wszyscy lekarze danej miejscowości zgodzą się przyjmować członków kasy za wynagrodzeniem wedle taksy, że godzić się będą przedewszystkiem lekarze, nie cieszący się wielką wziętością u publiczności, zaś lekarze, których publiczność darzy wielkiem zaufaniem i stosownie do tego drogo za poradę opłaca, wcale nie zechcą członków kasowych przyjmować, — nie ulega chyba wątpliwości. A więc wynik z wprowadzenia wolnego wyboru lekarza jest naprawdę tylko ten, że lekarzy, do których chory kasowy może się zwrócić, będzie w pewnem mieście nie n. p. 10, ale 50, 60, — a na pewno nie obejmie wszystkich, a przedewszystkiem nie najbardziej przez publiczność odwiedzanych lekarzy. W zasadzie zostanie to, co było i przedtem.

Jak długo instytucyi wolnego wyboru u nas niema, wydaje się ona nam bez błędu. Jednak tam, gdzie już od lat istnieje, i lekarzy też zupełnie nie zadawalnia. I tak n. p. już dzisiaj w każdem mieście (niemieckiem), gdzie Kasy wprowadziły wolny wybór, ułożyły się stosunki w ten sposób, że jeden z pomiędzy lekarzy, ordynujących członkom kasy, wyrasta na t. zw. „króla kasowego“. Tłoczą się u niego w poczekalni chorzy, a inni lekarze nie mają co robić. A bardzo często ten najbardziej oblężony przez chorych kolega nie jest najtęższym, ani też najsumienniejszym lekarzem w danej miejscowości. Zna tylko słabe strony swej klienteli, umie jej dogadzać, umie może dobrze nietyle leczyć, ile mówić z pacyentem. Trudno żądać od chorych, żeby się znali na prawdziwej wartości lekarza.

Na to, żeby raz wprowadzony wolny wybór lekarzy się utrzymał, trzeba zrozumienia i dobrej woli obu stron i członków Kasy i lekarzy. Członkowie Kasy powinni zwracać się o poradę tylko wtedy, gdy naprawdę porady potrzebują, a nie, jak ich do tego przyzwyczaił obecny system, z takimi drobiazgami, jak czyraczki na twarzy, łupież głowy i t. p.; — lekarze zaś powinni ograniczyć ilość wizyt do koniecznej potrzeby, jeśli Kasy mają finansowo podołać. Ale członkowie kasy na ogół chętnie to widzą, jeśli lekarz często odwiedza chorego, bo to ich nic nie kosztuje; a czyż można znowu potępić młodego, wybijającego się lekarza, jeśli częściej odwiedzi chorego, niż tego wymaga konieczna potrzeba?

Otóż zdaniem mojem wolny wybór tylko wtedy dałby się utrzymać, gdyby członkowie kasy, zasięgający porady, musieli chociażby drobiazgiem przyczyniać się do zapłaty lekarza. Wtedyby bez prawdziwej potrzeby do lekarza się nie zwracali, ani go do siebie wzywali. Wtedyby nikt i lekarzowi nie mógł zarzucić, że chorego niepotrzebnie i za często odwiedza. Sprawę tę możnaby n. p. w ten sposób urządzić, żeby lekarz nie potrzebował brać od chorego pieniędzy. Każdy członek kasy zaopatruje się w kasie w marki i płaci nimi lekarzowi — za poradę w domu u lekarza daje jedną markę, za poradę u siebie w domu 2 markówkę, za wizytę nocną 5 markówkę i t. d. Lekarz wystawia w jakiś określony czas rachunek kasie, liczy za wizyty i załącza marki (znaczki jedno-, dwu- i pięcio- i t. d. markowe). Załączone marki służą równocześnie kasie jako kontrola świadczeń lekarskich. Na to jednak musiała być niedz zmianie ustawa o Kasach chorych, która wyraźnie powiada, że kasa obowiązana jest dostarczać swym członkom **bezpłatnej** porady lekarskiej. *Stahr.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 28 września.

* Pogrzeb ś. p. **Edwarda Korczyńskiego** odbył się dnia 25 b. m. Udział mieszkańców Krakowa w oddaniu ostatniej posługi zmarłemu był, rzec można, powszechny, jak powszechnym, szczerym i głębokim był żal po stracie tej miary obywatela. Ci, co nad grobem Jego przemówili, jak prorektor Uniw. Jag. prof. **Krzymuski**, dziekan Wydziału lekarskiego U. Jag. prof. **Łazarski**, rektor Uniw. lwowskiego prof. **Gluziński**, prezes Towarz. lek. krak. prof. **Nowak**, asystent kliniki lekar. krak. dr. **Latkowski**, prezes Tow. „Bratniej pomocy“ p. **Wittek** i słuchacz medycyny p. **Michejda** — mogli każdy ze swego stanowiska, wymienić długi szereg doniosłych, naukowo i społecznie ważnych czynów zmarłego, a żal głęboko odczuty ozdobić wieńcem, uwitym z pracy i poświęcenia, które były treścią żywota ś. p. **Edwarda Korczyńskiego**. Naukową, nauczycielską i obywatelską działalność zmarłego skreśliło pióro długoletniego świadka i towarzysza tej działalności: Redakcya „Przeglądu lekarskiego“, której zmarły był przez 7 lat członkiem, łączy swój głos do chóru hołdu i wdzięczności, jakie mu dziś składa społeczeństwo i naukowe instytucye nasze. — Zeszedł ze świata obywatel, który piastował naczelne stanowiska w narodzie, a na każdem zostawił dorobek swego trudu; nauczyciel, który znakomicie rozszerzył środki nauczania i wykształcił niemal całe dzisiejsze pokolenie lekarzy; człowiek, który znał każdy dźwięk duszy swego narodu, dotknął każdej jego struny; — gdy taka jednostka opuszcza padół ziemski, pozostawia wielką po sobie próżnię; odczuwa to dziś Uniwersytet Jagielloński, odczuwa i społeczeństwo polskie, bo zeszedł ze świata człowiek niepospolity, który pracą i wiedzą przewodniczył swemu pokoleniu i spełniał to powołanie szczerze, sumiennie i z wielkim dla narodu pożytkiem. Cześć i niespożyta wdzięczność zasłużonemu.

* W oddaniu ostatnich posług ś. p. Edw. **Korczyńskiemu** wzięło udział wielu lekarzy zamiejscowych, a między nimi rektor Uniwersytetu lwowskiego prof. **Gluziński** i dziekan Wydziału lekar. tegoż Uniwersytetu, prof. **Machek**. Inni, jak starszy lekarz powiatowy we Lwowie, dr. **Obtułowicz**, wyrazili drogą listową żal po stracie tyle zasłużonego w kraju obywatela. Na trumnie złożono liczne wieńce od instytucyi naukowych polskich i redakcyi czasopism lekarskich polskich, w czem nietylko Galicya wzięła udział: wyraz hołdu i żalu dała inteligencya wszystkich dzielnic Polski.

* Izba lekarska wschodnio galicyjska zawiadamia, że w drugiej połowie października b. r. nastąpi rozdział reszty przysłanej kwoty ze Związku austryackich Towarzystw lekarskich. Wdowy i sieroty po lekarzach, których mężowie, względnie ojcowie, mieszkali w obrębie Izby lekarskiej wsch.-galic., zechcą swe należycie udokumentowane podania wnieść do Izby lek. wsch.-galic. najpóźniej do 15 października. Sieroty mogą korzystać z tych zapomóg, o ile nie ukończyły 20 lat życia.

* Prof. R. **Koch** zrobił we wschodniej Afryce ważne odkrycie: udowodnił on, że zarazek duru powrotnego udziela się analogicznie jak zarazek zimnicy drogą owadu, który wessaną z zarazkiem krew zaszczepia przez ukąszenie chorobę człowiekowi. Owadem tym jest kleszcz *ornithororus Larigni*, żyjący w podłogach domów zajezdnych, noclegowych i w barakach tubylczej ludności.

* Zarząd Towarzystwa lekarzy galicyjskich zawiadamia: **Morszyn**, zakład zdrojowy i kąpielowy, własność Towarz. lekarzy galic., jest do wydzierżawienia. Dzierżawa obejmować może sam zakład kąpielowy lub w połączeniu z eksploatacyę soli gorzkiej ze zdrojów morszyńskich; od kwietnia zaś 1908 r. także folwark Morszyn. Bliższych wiadomości udzieli generalny sekretarz Towarz. lek. galic. dr. A. **Szulisławski** (Lwów, ul. Jagiellońska, 8).

* Magistrat krakowski zawiadamia, że przetwór lekarski, wyrabiany przez aptekarza E **Matulę** w Radomyślu, pod nazwą „sapomentol“, uzyskał od c. k. Najwyższej Rady zdrowia prawo ogólnego obrotu handlowego w obrębie aptek.

* Ze względu na pojawiającą się cholerę w dwóch sąsiednich krajach, magistrat m. Krakowa przypomina lekarzom miejscowym obowiązek donoszenia fizykatowi nie tylko o przypadkach cholery, lecz i o objawach podejrzanych, przypominających cholerę.

* W bitwie morskiej pod Czuszymą znaleźli śmierć w nurtach oceanu drowie: Konstanty Kaliewicz. Teodor Łukin, G. Wasiliew, A. Gnadeberg, A. Nadiein, A Matawkin, P. Jurjew, B. Bertenson.

* Jeden z deputowanych Izby brazylijskiej ofiarował 8 milionów marek, jako nagrodę za odkrycie metody zapobiegawczej lub leczniczej gruźlicy, kiły i raka. Dla tej sprawy ma być powołany komitet międzynarodowy.

* Dnia 7—X i 8—XII odbędą się w Aschaffenburgu dwa ostatnie kursy z zakresu rentgenografii, trwać będą po 5—6 godzin dziennie. Adres zarządu: dr. Roth in Aschaffenburg.

* Rektorem warszawskiego Uniwersytetu wybrany został prof. Karskij, kijowskiego — prof. Cytowicz.

* Kolegium chirurgów w Edymburgu obchodziło 400-setną rocznicę swego założenia: z obchodem tej uroczystości połączyło ono mianowanie członkami honorowymi kilku najwybitniejszych chirurgów tegoczesnych, a między nimi i ś. p. prof Mikulicza; dyplom wysłano wdowie.

* Między 3 a 9 września zaszedł jeden przypadek ospy w Oświęcimiu; w tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w powiatach: horodeńskim, nadwórniańskim, przemyślańskim, rudeckim, staro-samborskim, stryjskim i turczańskim — po 1 gminie.

Mianowania: Doc. Niebolubow mian. profesorem nadzw. sądowej medycyny w Kazaniu. Dr. Tonkow — prof. anatomii w Kazaniu. Doc. Bleichsteiner mian. prof. dentystyki w Gracu.

Nekrologia. Dr. Thorgny Brandstedt, radca stanu, b. lekarz wojskowy, zmarł w Warszawie.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 37. Mutermilch: Kilka uwag o teoryach odporności (dok.). Flatau i Koelichen: O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 36. Latkowski: O nowszych sposobach badania chorób nerkowych i sprawności wydzielniczej nerek. Czarnik: Intubacya i tracheotomia na podstawie spostrzeżeń, zebranych w szpitalu dla dzieci pod nazwą św. Zofii we Lwowie w latach 1894—1903.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 12. *A. M.*. Kuracyusz. Skórczewski: Wspomnienia historyczne w drodze do Krynicy.

— *Przegląd felczerski* Nr. 18 zawiera: Histerya (dok.). — Narządy rodne kobiece i ich funkcye (c. d.). — O odkażaniu w razie cholery.

— *Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich* T. II. Z. 4. Markowski: O asymetrycznej budowie mostka. Janczurowicz: Przypadek pleśnicy żołądka, wywołany przez nieopisywanego dotychczas pasorzyta, oraz ogólny pogląd na obecność pleśni w żołądku i na ich znaczenie kliniczne.

— *Kronika lekarska* Nr. 18. Brunner: O stosunku toksyny do antysoksyny. Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy górnego odcinka dróg oddechowych (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 38. Nový: O mimoděložním těhotenství (c. d.). Scherer: Vrozené vady srdeční ve věku dětském (c. d.). Peigerové: Spontanní výbuchy smíchu při hemiplegii.

— *La Presse médicale* Nr. 73. Letulle: Oddział chorych na gruźlicę w szpitalu Boucicaut. Valentino: Wyskok i strychnina. Wyskok i trucizna. — Nr. 74. Dunbar: Stan cholery w Niemczech. Leven i Barret: Radioskopia żołądka. Technika i zastosowanie kliniczne. Sencert: W sprawie ezofagoskopii przy leczeniu ciał obcych w przełyku.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 38. Stiller: Więź suchotnicza i niestrawność u gruźliczych. Arneth: Przyczynek do zrozumienia działania promieni Röntgena w białaczce. Helly: W sprawie t. zw. atypowej białaczki szpikowej. Cohn: Doświadczenia z zakresu leczenia X-promieniami. Aaser: Środki zapobiegawcze przeciw błonicy. Dominicis: Wartość widma chromogenowego. Brat: Działanie chlorku barowego i barutyny. Meier: Próby uodpornienia przeciw strychninie.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 38. Rochelt: Uzdrowisko Meran. Chrobak: Leczenie nienadającego się do operacyi raka macicy. Chwostek: Uwagi nad etyologią tężyczki. Eiselsberg: W sprawie zatrzymywania przez kiszkę po krzyżowem wycięciu odbytnicy. Escherich: Oddział osesków w wiedeńskim szpitalu św. Anny. Fraenkel: Nieprawidłowości czaszki a padaczka. Fuchs: Małe pęknięcia na granicy twardówkowo-rogówkowej Herz: Wykazanie przylegającej do mostka części serca. Weichselbaum: W sprawie otyologii i patogenezy nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 38. Versé: Guzowate zapalenie błony zewnętrznej tętnic. Uffenheimer: Przyczynek do sprawy błonicy w nosie. Strubell: Patologia i terapia otoku ropnego zatoki szczękowej. Friolet: Rybia łuska w miejscu ograniczonem do otoczki sutka. Freund: Krętek kiły Siegla. Elter i Haass: Nowa operacyjna metoda przy ubytkach powiek oraz ich wywinięcie zapomocą plastyki z muszli usznej. Winternitz: Uproszczona czterokomorowa kąpiel elektryczna. Mohr: Przyczynek do nauki o głębokim przystawowym tłuszczaku. Vörner: Manganian potasowy jako miejscowy i tani krew tamujący lek. Conradi: Prątek durowy i prątek kałowy ludzki alkalizujący.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 38. Brauer: Praktyczne przeprowadzenie zabiegu dla wywołania wielkiego ciśnienia. Liepmann: Środek pomocniczy do badania chorób mózgowych. Clopatt: Przypadek ostrego zapalenia przednich rogów rdzenia z objawami oczno-źrenicznymi. Elsner: Zapalenie śluzowe okrężnicy a błonica śluzowata jelita. Riedel: Cięcie zygzakowate przy operacyi zapalenia wyrostka robaczkowego. Buschke: Zgorzel moszen przy rzeżączce. Necker: Zastosowanie izoformu w dermatologii.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 38 (od dnia 17/IX do 23/IX) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 41, dziew. 23; nieżywo: chł. 2 dz. 2 — **Zmarło**: miejscowych: męż. 21. kob. 11; zamiejscowych: męż. 9, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3. obcych 1. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 4, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 2. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 5. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 3, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 2. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem**: miejscowych 32, obcych 18.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia Dra Med. i Chirurgii LEONA KONITZA, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1908 roku, jako w rocznicę zgonu Dra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie Rub. 500, za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1 Kwietnia 1905 roku do dnia 31 Marca 1908 roku. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu Konkursowego. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specyalności, jak również i podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1908 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie" (ulica Niecała Nr. 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłomaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z liczby prac, w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*